(Aus der Klinik des Hrn. Geh.-Rathes Gerhardt.)

Ueber Tabes dorsalis

beim weiblichen Geschlecht.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 2. Mai 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Friedrich Friedrichsen

aus Wismar.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Julius Joël.
- cand. med. Huldreich Rennecke.
- Dr. med. Hans Spiro.

BERLIN.

Gedruckt bei W. Röwer, N. Elsasser Strasse 5.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535703_0063

Seinen lieben Eltern

in

Dankbarkeit

der Verfasser.

Die Tabes dorsalis ist eine Krankheit, welche weit öfter das männliche, als das weibliche Geschlecht befällt. Die Angaben über das Häufigkeitsverhältniss der Tabes bei den beiden Geschlechtern sind in der grossen Mehrzahl der Fälle ziemlich übereinstimmend. In den folgenden Fällen stelle ich einige Angaben, welche ich in der Litteratur gefunden habe, zusammen.

I.

	Männer	Frauen	Verhältnisszahl
[11]) Bernhard	58	9	6,2 : 1
*) Westphal	55	20	2,7 : 1
[11]) Remak	49	15	3,3 : 1
[12]) Hofmann	38	12	3,0 : 1
[13]) Eulenburg	234	40	5,9 : 1
[22]) Karger	117	29	4,0 : 1
	551	125	4,4 : 1

II.

	Männer	Frauen	Verhältnisszahl
*) Rosenthal	46	19	2,5 : 1
*) Pusinelli	46	5	9,0 : 1
*) Oehmke	18	6	3,0 : 1
[29]) Berger	93	17	5,5 : 1
[31]) Gerlach	32	3	11,0 : 1
[36]) Erb	370	19	19,5 : 1
	605	69	8,8 : 1

*) Aus der Tabelle in Hofmanns Diss. Berlin 1884.

III.

	Männer	Frauen	Verhältnisszahl
*) Fournier	103	4	26,0 : 1
*) Buzzard	100	10	10,0 : 1
[30]) Kojewnikoff	55	5	11,0 : 1
[30]) Korsakoff	58	8	7,3 : 1
	316	27	11,8 : 1

Ganz auffallend sind die Zahlen von Erb und Fournier. Während sich alle Anderen nicht sehr weit von der Durchschnittszahl 6,6 : 1 entfernen, weichen ihre Angaben weit davon ab (Erb 19,5 : 1 — Fournier 26 : 1).

Wenn man die drei Tabellen mit einander vergleicht, so scheint es fast so, als ob örtliche Verhältnisse bei der Vertheilung der Tabes auf die beiden Geschlechter mitsprechen. Die erste Tabelle betrifft die Angaben der Berliner, die zweite diejenigen deutscher Autoren aus anderen Städten, und in der letzten Tabelle habe ich einige Zahlen von Ausländern zusammengestellt. Die Ziffern der drei Tabellen zusammen addirt ergeben: 1472 Männer und 221 Frauen, also ein Durchschnittsverhältniss von 6,7 : 1. Nach den Berliner Autoren kommen auf 4,4, nach den übrigen deutschen 8,8, nach den Ausländern 11,8 tabische Männer auf eine tabische Frau.**)

In welchem Lebensalter erkranken nun die tabischen Weiber am häufigsten?

Meyer[3]) giebt für seine Fälle als Durchschnittsalter zur Zeit der Aufnahme 45,7 Jahre an. Seine Patientinnen

*) Aus der Tabelle in Hofmanns Diss. Berlin 1884.

**) Damit stimmen die Angaben Meinerts (Vorlesungen über Psychiatrie, Wien 1890) inbezug auf die Häufigkeit der progressiven Paralyse beim weiblichen Geschlecht im Verhältniss zum männlichen Geschlecht gut überein:

„In grossen Städten machen die Frauen bis über $^1/_5$ der Paralytiker aus, mit Ausnahme der Grossstädte etwa $^1/_7$."

befanden sich durchschnittlich seit 3,8 Jahren im städtischen Siechenhaus.

Die 18 Patientinnen von Möbius[14]) waren durchschnittlich 32 Jahre alt bei Beginn der Tabes. Die Krankheit dauerte zur Zeit der Beobachtung im Durchschnitt 7,8 Jahre.

Karger's[22]) 29 Patientinnen waren bei Beginn der Symptome 36,5 Jahre alt, zur Zeit der Untersuchung 42,5 Jahr. Die Tabes bestand also im Durchschnitt 6 Jahre.

Aus den 17 Fällen von Berger[29]) habe ich als Durchschnittsalter zu Beginn der Tabes 41,6, zur Zeit der Beobachtung 48,7 Jahre berechnet. Dauer also 7,1 Jahr.

Meine Fälle hatten ein Durchschnittsalter von 43,1 resp. 39 Jahren; die Tabes bestand also 4,1 Jahre.

Obige Fälle habe ich in folgender Tabelle übersichtlich zusammengestellt.

	20—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	
Moebius	2	2	7	4	2	—	—	—	17
Karger	3	1	4	3	1	2	2	—	16
Berger	1	—	—	4	10	—	1	1	17
Meine Fälle . .	1	3	6	5	1	4	2	2	24
Zusammen . . .	7	6	17	16	14	6	5	3	74
	17,5 %		44,5 %		27 %		11 %		

Zum Vergleiche lasse ich eine Tabelle Kargers folgen, in welcher von männlichen und weiblichen Tabeskranken zusammen das Durchschnittsalter zur Zeit der Erkrankung berechnet ist. Es überwiegen aber bei weitem die Männer. Man kann daher die Tabelle als für Männer gültig ansehen.

	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60
Erb	3	13	31	18	3
Karger	1	13	51	37	15
	4	26	82	55	18
	2 %	14 %	44 %	30 %	10 %

Aus der ersten Tabelle erkennt man, dass die Tabes unter den 74 Frauen sich niemals vor dem zwanzigsten, und niemals nach dem sechzigsten Jahre entwickelte. Fast 66 % aller tabischen Frauen erkrankten zwischen dem 30. und 45. Jahre, 44,5 % allein während der dreissiger Jahre.

Die Tabes kommt beim weiblichen Geschlecht indess zuweilen auch vor dem zwanzigsten Jahre vor.

Leyden[1]) berichtet über ein 14jähriges, Strümpel[25]) über ein 13jähriges Mädchen, welches an Tabes erkrankt war. Der letztere Autor theilt zugleich mit, dass auch Remak 3 Fälle von Tabes bei Kindern beschrieben habe.

Beim männlichen Geschlecht ist die Häufigkeit des Auftretens der Tabes in den verschiedenen Lebensaltern fast genau dieselbe. Nach der zweiten Tabelle fällt der Beginn der Tabes bei Männern in 75 % aller Fälle zwischen das 30. und 50. Jahr, in 44 % genau wie bei den Weibern, in die dreissiger Jahre*). Nach dem 60. Jahre hat sich auch bei den Männern niemals Tabes entwickelt, dagegen 4mal = 2 % vor dem zwanzigsten. Zwischen dem 21. und 31. Jahre erkrankten 17,5 % der Weiber, — 14 % der Männer; zwischen 41 und 50 : 27 % resp. 30 %; zwischen 51 und 60 : 11 % resp. 10 %.

Woher kommt nun das enorme Ueberwiegen der dreissiger Jahre?

Den richtigen Aufschluss über diese Frage werden wir erhalten, wenn wir einmal untersuchen, wie lange Zeit im Durchschnitt zwischen der syphilitischen Infection bei Tabischen und dem ersten Auftreten tabischer Symptome verlaufen ist.

*) Anmerkung. Auch hier zeigt sich wieder eine merkwürdige Uebereinstimmung mit der progressiven Paralyse: Meinert sagt an der oben citirten Stelle von der Paralyse: „Das fünfunddreissigste bis fünfundvierzigste Lebensjahr steht dieser Erkrankung am meisten offen.“

Remak[14]) berechnet für seine 64 Fälle (15 Weiber, 49 Männer) ein Intervall von 1—23 Jahren, durchschnittlich 8 Jahre.

Erb[36]) giebt für 370 Fälle (351 Männer, 19 Weiber) als Zwischenzeit an: 6—15 Jahre; die Durchschnittszahl würde demnach ungefähr 10 Jahre betragen.

Moebius[14]) hat bei 12 von seinen 18 Fällen das Intervall genau bestimmen können. Im Mittel betrug es 7, in minimo 4, in maximo 15 Jahre.

Hlubeck[20]) nennt 9—10 Jahre als Durchschnitt.

In 4 von meinen Fällen habe ich das Jahr der Infection bestimmen können. (Fall 17, 20, 25 mit ziemlicher Sicherheit, Fall 21 nicht sicher.) Zwischen Infection und erstem Auftreten tabischer Symptome waren 12, 6, 9, bei Fall 21 — 16 Jahre verstrichen, also durchschnittlich 9 resp. 11 Jahre, wenn man Fall 21 mitrechnet.

Alle 5 Angaben schwanken demnach nur sehr wenig.

Die Tabes dorsalis tritt demnach durchschnittlich 9 Jahre nach der syphilitischen Infection auf.

Ich glaube nun nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, dass die Tabes deshalb so häufig in den dreissiger und vierziger Jahren auftritt, weil in den zwanziger und dreissiger Jahren am häufigsten Lues acquiriert wird.

Was nun die Luesfrage selbst betrifft, so bestehen im Grossen und Ganzen drei Ansichten, als deren Hauptvertreter Erb, Leyden und Moebius angesehen werden können.

In recht zutreffender Weise schildert Eulenburg[13]) den Standpunkt dieser drei Autoren: Erb sagt in der Berliner Wochenschrift 1883 „Die Syphilis ist eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Bedingung für die Entstehung der Tabes“ und „kaum

Jemand hat die Chance, tabisch zu werden, der nicht vorher syphilitisch war.“

Moebius geht noch weiter. Er nimmt bei Tabes eine Vergiftung des Organismus an, und als bekanntes derartiges Gift sieht er Ergotin und Syphilis an, und sagt dann: „Sollte die Ergotintabes keine typische Tabes sein, so wäre es rationell, bis auf Weiteres für alle Fälle die Syphilis als causa prima zu betrachten.“

Den stärksten Gegensatz hierzu bildet die Ansicht Leydens: „Die Syphilis als Aetiologie der Tabes muss zurückgewiesen werden.“

Ueber den Zusammenhang der Tabes und Syphilis muss indess die Statistik belehren, welche eine deutliche Sprache redet.

Naegeli[23]) stellt in seiner Dissertation 1850 Fälle von Tabeskranken zusammen und sucht zu ermitteln, wie viele von diesen an Lues erkrankt waren. Er kommt hier zu folgendem Resultat:

„Ziehen wir das Facit aus den vielen Publikationen und Statistiken, die für und gegen die Ansicht geschrieben sind, so sehen wir die Anhänger derselben, Erb, Fournier, Voigt, Quinquaud, Althaus, Reamont unter einer Anzahl von 657 Fällen 466mal Lues constatieren, also in fast 71 %, in weiteren 100 Fällen noch 15 % mehr oder weniger Verdächtige, also zusammen 86 %.“

„Dem gegenüber stehen die Arbeiten von Westphal, Remak, Rosenthal, die nur bei 33 % resp. 36 % resp. 18 % ihrer Patienten luetische Vergangenheit fanden; während Gowers, Pusinelli, Bernhard mit 50—60 % ungefähr die Mitte einnehmen.“

„Auf ähnliche Zahlen, nämlich 46,1 % sicher luetische und 14,5 % auf Lues verdächtige, zusammen 60 % bin auch ich gekommen, während sich bei den Veröffentlichungen über die luetische Vergangenheit Nichttabischer

nur 9,5 % sicher und 12,7 % Verdächtige, zusammen 22,2 % ergeben."

„Es stehen also den 46,1 % sicher Luetischen unter den Tabikern nur 9,5 % unter den Nichttabikern gegenüber; wenn man auch die verdächtigen Fälle dazu rechnet, so stellt sich das Verhältniss wie 66,6 zu 22,2."

„Die Statistik über die Tabiker enthält 1403 Fälle, inbegriffen 46 neue, an dieser Stelle zum ersten Male publicierte, — diejenige über Nichttabiker 1450. Dazu kommen noch 400 Fälle von Erb, wo der Unterschied zwischen sicher Luetischen und Verdächtigen nicht gemacht ist."

In der Syphilisstatistik sind vorzugsweise, (von Manchen nur), Männer aufgenommen, weil es aus verschiedenen Gründen nicht leicht ist, bei Weibern vorausgegangene Syphilis zu constatieren. Oft scheuen sich die Frauen (und zwar weit mehr als die Männer) eine erlittene Infection zuzugestehen, oft wissen sie auch garnicht, dass sie luetisch inficiert worden sind. Dazu kommt noch, dass Tabes sich gerade in den Fällen findet, in welchen die Lues sehr leicht verlaufen war, also keine sehr in die Augen springende Erscheinungen hervorgerufen hatte. Schliesslich ist bei Frauen die Lues objectiv weit schwerer nachzuweisen als bei Männern.

Wenn trotzdem auch bei der Mehrzahl tabischer Frauen Syphilis nachgewiesen werden kann, so spricht dies besonders klar für den Zusammenhang der Tabes mit der Syphilis. Man muss eben als sicher annehmen, dass bei einer erheblichen Anzahl von Frauen vorausgegangene Lues nicht mehr eruiert werden kann.

In den Fällen, welche C. v. Noorden aus der Gerhardt'schen Klinik 1890 in den Charité-Annalen veröffentlichte und meinen 29 Fällen habe ich nun Lues als sicher angenommen:

1. Wenn der Primäraffect früher sicher constatiert worden war (Fall 17 und 20), oder noch als Narbe an

der hinteren Commissur nachgewiesen werden konnte (v. Noorden's Fall I und II).

2) Wenn Knochen- oder Eingeweidesyphilis bestand (10 und 26).

3) Wenn sonstige sichere Zeichen für Syphilis vorhanden waren, wie Leucoderme, multiple Drüsenanschwellungen (incl. Cubitaldrüsen), oder mehrfach totfaule Früchte zur Welt gebracht worden waren (Fall 7, 21, 23, 25, 27), und schliesslich, wenn die Syphilis ex juvantibus sicher gestellt war (12 und 13).

Für wahrscheinlich habe ich Lues gehalten, wenn mehrere Zeichen auf Lues hinwiesen, aber kein sicheres darunter war (13, 16, 18 v. N. Fall III).

Unter den 33 Fällen aus der Gerhardtschen Klinik sind also 13 mit sicher vorausgegangener erworbener Syphilis = 39,3 %; 1 Fall mit hereditärer Lues = 3 %. In 4 Fällen = 12,1 % ist Lues wahrscheinlich. Ich konnte also im Ganzen bei 54,4 % Syphilis mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit nachweisen.

In der Litteratur habe ich nun folgende Angaben über Lues bei tabischen Frauen gefunden.

Lothar Meyer[3]) veröffentlichte 19 Fälle von Tabes bei Weibern, welche alle im Spätstadium der Tabes im städtischen Frauensiechenhaus zu Berlin lagen. Bei keiner dieser Frauen konnte durch Anamnese oder Untersuchung Syphilis nachgewiesen werden, ein Resultat welches allerdings recht auffallend ist.

Remak[15]) hat unter 64 Tabischen, über welche er berichtet, 15 Frauen. Er sagt ausdrücklich, dass er die Frauen bei der Syphilisstatistik bei Seite lassen wolle, aber bei keiner Frau war Syphilis zu ermitteln.

Zu völlig anderen Resultaten kommt Moebius[14]). Unter seinen 18 Fällen konnte er in 9 Fällen sicher Syphilis nachweisen, in 7 Fällen war sie wahrscheinlich, in 2 Fällen war Syphilis nicht vorhanden. Moebius hat also 88,8 pCt. Syphilitische.

Eulenburg[13]) konnte unter seinen 19 Fällen nur in einem Falle Syphilis mit Sicherheit nachweisen (Hebamme). Ausserdem waren in einzelnen Fällen unbestimmte Verdachtsmomente (Sterilität, einmal wahrscheinlich beginnende Tabes des Mannes etc.) vorhanden.

In 2 Fällen konnte Eulenburg Syphilis mit Sicherheit ausschliessen. (Die Frau eines Arztes, welche 3 normale Geburten durchgemacht hatte, und die altjüngferliche Schwester eines Landpastors, die beständig im Hause ihres Bruders gelebt hatte).

In einer Anmerkung sagt Eulenburg jedoch, dass er nach Abschluss der Statistik noch 3 Fälle von Tabes bei Weibern, mit sicher vorausgegangener Syphilis (wieder eine Hebamme) angeben könne.

Im Ganzen hat Eulenburg also 18 pCt. sicher Luetische.

Hlubeck[20]) veröffentlichte aus der Mendelschen Klinik 30 Fälle von Tabes bei Weibern. Unter diesen 30 Fällen befanden sich 9 mit sicher constatierter Lues. 5mal war Syphilis wahrscheinlich. Im Ganzen konnte er also bei 46,6 pCt. Lues annehmen.

Berger[23]) zählt unter seinen Tabesfällen 17 Fälle von Tabes bei Weibern. Von diesen waren 3 luetisch, also 18 pCt.

Minor[30]) hat in 8 Fällen von Tabes bei Weibern 7mal Syphilis sicher gefunden: in einem Falle war Syphilis wahrscheinlich. Im Ganzen also 100 pCt. Syphilitische.

Von Kojewnikoff und Korsakoff hat Minor ferner folgende interessante Angaben erhalten:

Kojewnikoff fand unter 1039 Frauen, welche in den letzten 3 Jahren in seinem Hospital behandelt worden waren, 5 tabische Frauen, (unter 1364 Männern: 55 Tabiker). 1mal war nichts von Syphilis angegeben; 2mal war Syphilis sicher, also in 50 pCt.

Korsakoff hat folgende Zahlen:

In den letzten 3 Jahren hat er 1196 Männer und 1414 Weiber in Behandlung gehabt. Im Ganzen waren unter diesen 66 Tabische, und zwar 58 Männer und 8 Frauen. Unter den 8 Frauen war dreimal Lues sicher, zweimal war sie wahrscheinlich. In 3 Fällen war Syphilis nicht nachzuweisen. Korsokoff hat also 63 pCt. Luetische, darunter 37 pCt. sicher*).

Gerlach[31]) berichtet über 32 tabische Männer und 3 Frauen. Von diesen waren 2 sicher, eine wahrscheinlich syphilitisch.

Erb[36]) zählt 370 Fälle von Tabischen auf, darunter 19 Weiber. Von den letzteren waren 9 sicher, 8 fast sicher luetisch (89,5 pCt.); nur bei zweien war nichts zu ermitteln.

Im Ganzen sind von mir also 196 Fälle von Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht angeführt. Davon waren sicher syphilitisch 62 = 31,6 pCt., wahrscheinlich syphilitisch 28 = 14,3 pCt., zusammen 45,9 pCt.

Wenn man indess die Angaben von Meyer und Remak, welche ihr Material zu statistischen Zwecken offenbar gar nicht verwendet wissen wollen, ganz fortlässt, ferner diejenigen zusammenstellt, welche nur solche Fälle aufzählen, in denen Lues sicher war, andererseits diejenigen, welche sowohl die sicheren, als auch die wahrscheinlichen Luesfälle aufzählen, so erhält man folgende Zahlen:

Eulenburg, Berger, Kojewnikoff haben zusammen 43 Fälle, unter denen sich 9 sicher Luetische befinden = 21 pCt.

*) Aus den Angaben von Kojewnikoff und Korsakoff kann man einen Anhalt gewinnen, um zu erkennen, wie häufig Tabes dorsalis überhaupt vorkommt: Es waren nämlich 2½ pCt. der 5000 Patienten, welche die beiden Moskauer Aerzte im Laufe von 3 Jahren behandelten, tabisch, und zwar 4,4 pCt. der Männer, ½ pCt. der Weiber.

Moebius, Hlubeck, Minor, Korsakoff, Gerlach, Erb, v. Noorden, ich zählen zusammen 119 Fälle mit 53 sicher und 30 wahrscheinlich Syphilitischen = 44,6 resp. 25,2 pCt., zusammen = 69,8 pCt.

Unter diesen 119 tabischen Frauen ist aber mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit über $^2/_3$ früher luetisch gewesen.

Da also in einem so grossen Procentsatz (nämlich 46—70 pCt.) von tabischen Weibern Lues vorangegangen ist, und luetische Vergangenheit bei nichttabischen Frauen jedenfalls nicht häufiger sein wird, als bei nichttabischen Männern (cfr. früher Naegeli : unter 1450 Nichttabikern waren 9,5 pCt. sicher, 12,7 pCt. wahrscheinlich syphilitisch, zusammen 22,2 pCt.), so ist man genöthigt, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis anzunehmen.

Als besonders beweisend hierfür sind die Fälle anzusehen, in denen Eheleute beide sicher luetisch, und beide sicher tabisch sind.

Derartige Fälle habe ich 4 (und einen verdächtigen bei Eulenburg) in der Litteratur gefunden:

Strümpel[25]) berichtet von einem tabischen Ehepaar, der Hausarzt habe ihm erzählt, dass der Mann vor 12 Jahren, bereits verheirathet, sich Lues mit mässigen Secundärerscheinungen zuzog. Drei Jahre darauf bekam er plötzlich vorübergehende Oculomotoriuslähmung. Bald darauf stellten sich lancinirende Schmerzen in den Beinen ein, und nach einiger Zeit war das Bild ausgesprochener Tabes da. Einige Jahre später erkrankte die Ehefrau zweifellos an Tabes. Zugleich hatte sie an der Beugeseite des rechten Armes ein ausgesprochenes Syphilid, ein sicheres Zeichen, dass sie (wahrscheinlich von ihrem Manne) inficirt war.

Ganz auffallend ist das Ergebniss der Untersuchungen Erbs[36]). Unter 370 Fällen von Tabes, welche er mit-

theilt, waren 19 Weiber. Unter diesen befanden sich 3 Weiber, deren Ehemänner ebenfalls tabisch waren. In allen drei Fällen war Lues bei beiden Eheleuten sicher gestellt.

Auch Eulenburg[13]) sagt von einem seiner Tabesfälle bei Frauen, dass dieser auf Lues verdächtig wäre, weil wahrscheinlich auch bei dem Ehemann Tabes begänne.

Hereditäre Lues hat für die Tabes ähnliche Bedeutung, wie erworbene. Ob mein Fall 6, bei dem die Eltern syphilitisch waren und die Patientin bald nach der Geburt Ausschlag auf dem ganzen Körper gehabt haben will, hierher gehört, will ich nicht entscheiden, da die Patientin erst im 59. Jahre an Tabes erkrankte.

Weit klarer aber ist der Fall von Strümpel im Neurologischen Centralblatt 1888. Dort berichtet Strümpel über ein dreizehnjähriges Mädchen, dessen Vater 2 Jahre vor ihrer Geburt sicher an Syphilis gelitten hat. Die kleine Patientin leidet ganz unzweifelhaft an progressiver Paralyse und Tabes dorsalis.

Als aetiologisches Moment ist im vorliegenden Falle wohl sicher die Syphilis des Vaters anzusehen: „Wir sehen somit, dass Tabes und Paralyse sich als postsyphilitische Degenerationsprocesse des Nervensystems nach hereditärer Lues sich ebenso entwickeln können, wie nach der gewöhnlichen erworbenen Syphilis."

An derselben Stelle theilt Strümpel mit, dass Remak 1885 in der Klin. Wochenschrift 3 Fälle von Tabes bei Kindern beschrieben hat, bei denen höchst wahrscheinlich tertiäre (hereditäre) Syphilis bestand.

Strümpel nimmt an, dass die Häufigkeit von Tabes und Paralyse im Verhältniss zur Häufigkeit der hereditären Syphilis deshalb so gering ist, weil Kinder mit erblicher Syphilis meist frühzeitig zu Grunde gehen.

Für den Zusammenhang von Tabes und Syphilis spricht auch noch der Umstand, dass sich nicht selten bei

einem Individuum Tabes und progressive Paralyse findet, welche ihrerseits zur Syphilis sichere Beziehungen hat.

Westphal[19]) führt 17 Fälle von Männern an, welche an Tabes und progressiver Paralyse leiden, fügt aber ausdrücklich hinzu, dass er niemals bei Weibern diese beiden Krankheiten vereinigt gesehen habe.

Indess konnte Gerlach[31]) doch 2 solche Fälle bei Frauen (4 bei Männern) aufzählen. Eine von diesen Frauen war sogar sicher syphilitisch. (Unter den Männern war einer sicher, zwei wahrscheinlich luetisch).

Auch unter meinen Fällen ist einer wahrscheinlich mit progressiver Paralyse (Fall 19). Zeichen von Lues konnten bei dieser Patientin allerdings nicht nachgewiesen werden.

Ausser Syphilis sind als Ursache für Tabes auch Erkältung angegeben. Auch in meinen Fällen ist Erkältung mehrfach als Ursache genannt, indess halte ich die Angaben der Patientinnen für wenig beweisend.

Erkältung ist ein so vager Begriff, ist so ausserordentlich häufig, fällt den Patienten so leicht auf, und wird daher für so viele Krankheiten angeschuldigt, dass es weit wunderbarer wäre, wenn Erkältung nicht als Ursache für Tabes angegeben würde.

Bisher werden in den Lehrbüchern ferner Excesse in Venere als eine Ursache für Tabes angegeben, und noch 1889 hält Neftel aus New-York in seinen „Beiträgen für Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis“ (Virchows Archiv 117) „sexuelle Excesse“ und „Rheumatismus in verschiedenen Formen“ für so wichtig, dass er als aetiologische Momente für Tabes angiebt:

Sexuelle Excesse in . . . . . 100 pCt.
Rheumatismus in verschiedenen Formen in 95 pCt.
Syphilis in . . . . . 30 pCt.

Diese Ansicht ist auch bei Laien die herrschende, und daher hört man häufig von Tabischen sprechen als

Menschen, welche sich ihr Leiden durch übermässigen Geschlechtsgenuss zugezogen hätten.

In der neuen Litteratur habe ich daher auch nirgends, ausser bei Neftel, sexuelle Excesse als besonders häufiges aetiologisches Moment angegeben gefunden. Sexuelle Excesse bei Tabischen sind vielmehr nicht als Krankheitsursache, sondern oft als Krankheitssymptome anzusehen (Weir)[4]) vergl. die sogen. Crises clitoridiennes, von denen später die Rede sein wird.

Der Standpunkt Hirt's:[32]) „die früher von einzelnen Autoren ausgesprochene Ansicht, dass Excesse in Venere zur Tabes führen könnten, ist als unerweislich fallen zu lassen," ist also wohl als der richtige anzusehen.

Auffallend ist die Thatsache, dass sich unter den tabischen Weibern so häufig Näherinnen, speciell Maschinennäherinnen finden.

Hlubeck hat unter seinen 30 Fällen 3 Näherinnen. Eulenburg[13]) hebt als aetiologisch wichtig bei einer Näherin das anhaltende Nähen hervor.

Leyden[28]) veröffentlicht einen Fall von Tabes bei einer Maschinennäherin, der zur Section kam.

Bernhard[34]) berichtet über eine 28jährige Maschinennäherin (cfr. später), welche seit 15 Monaten an Tabes leidet. Sie bietet das Bild deutlich ausgeprägter Tabes, namentlich ist ihr Gang ausgesprochen ataktisch. Infectio negatur.

Patientin hat Jahre lang, jedenfalls während der letzten 5 Jahre, und noch nach der Verheirathung (sie ist seit 13 Monaten verheirathet und jetzt zum zweiten Mal schwanger, nachdem das erste Mal die Gravidität starker Schmerzen wegen künstlich unterbrochen war) bis vor 9 Monaten an der Nähmaschine von Morgens früh bis 12 Uhr Nachts, im Sommer sogar von drei Uhr Nachts ab an der Nähmaschine gearbeitet.

Trotz ihrer Gravidität befindet sie sich augenblicklich in relativ gutem Zustande, weil sie nicht mehr an der Nähmaschine arbeitet.

Ausser diesem Falle theilt Bernhard 2 ähnliche mit, welche von Guelliot in der Union médic. 1882 (No. 2 u. 4) beschrieben sind.

Diese Fälle betreffen 2 Frauen im Alter von 28 resp. 34 Jahren, welche von 6 Uhr bis Mitternacht an der Nähmaschine gearbeitet hatten und an Tabes erkrankt waren.

Ferner geben auch Moeli und Oppenheim an, dass sie Tabes bei Näherinnen beobachtet hätten.

Unter meinen Fällen findet sich auch eine Maschinennäherin (Fall 3). Schwere langdauernde Arbeit kann auch in wenigstens 8 ferneren Fällen angenommen werden (2, 11, 13, 17, 18, 19, 21, 23), in denen es sich um Schneiderinnen, Wäscherinnen, Näherinnen handelt.

Dass indessen die mit dem Beruf verbundene anstrengende Arbeit in diesen Fällen die Tabes hervorgerufen hat, halte ich nicht für wahrscheinlich, da No. 13, 17, 18, 21, 23 syphilitisch inficirt gewesen sind.

Auch neuropathische Belastung kann für Tabes als aetiologisches Moment angesehen werden. Zwar ist die Tabes nicht eine erbliche Krankheit, aber es finden sich in der Anamnese der Tabischen doch häufig Angaben, dass unter den Verwandten Neurosen und Psychosen vorgekommen sind. Ich konnte unter meinen Kranken dreimal (4, 11, 17) hereditäre Belastung nachweisen. Bei Fall 4 starb der Vater an einem „Rückenmarksleiden“ bei Fall 11 ist ein Bruder an Tabes gestorben, und bei Fall 17 leidet die Mutter an „nervösem Kopfschmerz“, eine Schwester ist „nervenleidend“.

Auch Charcot, Moebius, Ballet und Landozy, sowie Eulenburg[13]) haben sich dahin ausgesprochen, dass neuropathische Belastung zuweilen als Ursache der Tabes anzusehen ist.

Dass bei tabischen Männern die Geschlechtsfunction im Verlauf der Krankheit zu erlöschen pflegt, ist bekannt. Es ist daher auffallend, dass bei tabischen Frauen die Menstruation, wie bei gesunden fortdauert*), ja dass tabische Frauen während ihrer Krankheit concipieren und gesunde Kinder gebären können.

Moebius hat unter seinen 18 Patientinnen 3, welche nach Beginn der Tabes je ein Kind zur Welt brachten.

Bernhard[34]) theilt ebenfalls einen solchen Fall mit: Nachdem die Tabes bei seiner 28 jährigen Patientin schon zwei Monate bestanden hatte, verheirathete sie sich, und wurde schwanger (1889). — Die Schwangerschaft wurde jedoch künstlich unterbrochen, weil die Patientin unter sehr heftigen Schmerzanfällen zu leiden hatte. Zur Zeit der Vorstellung (1890) ist dieselbe jedoch wieder gravid, und für eine Unterbrechung der Schwangerschaft liegt kein Grund vor, da die Kranke ihre schwere Arbeit (Maschinennäherin, cfr. früher) aufgegeben hat, und infolge der Ruhe die Gravidität jetzt ohne Beschwerden verläuft. — Bernhard bemerkt dann, dass er sich noch eines Falles erinnere, in dem eine tabische Frau eine Gravidität bis zum normalen Ende durchmachte.

In der Discussion über Bernhard's Vortrag erwähnt dann Moeli eine Dame, welche seit 12 Jahren wegen Tabes in seiner Behandlung ist. In dieser Zeit ist sie 3 mal schwanger und entbunden worden, ohne dass die Schwangerschaft auf die Grundkrankheit einen wesentlichen Einfluss hatte. Beide Autoren stimmen daher darin überein, dass eine Unterbrechung der Schwangerschaft bei tabischen Frauen nicht indicirt ist.

Auch unter meinen Patientinnen befinden sich 2 Frauen, welche zur Zeit ihres Aufenthalts in der Charité

*) In dreien meiner Fälle (24, 26, 27) war allerdings die Menopause schon etwas früh eingetreten, nämlich mit 40, resp. 41, resp. 39 Jahren. Zwei von den betr. Kranken (26 und 27) waren sicher luetisch inficiert gewesen.

schwanger waren. In dem einen Falle (14) handelte es sich um Extrauterinschwangerschaft. Wie dieselbe verlaufen, ist leider nicht in der Krankengeschichte angegeben.

Weit interessanter ist Fall 15. Nachdem die Tabes bei der 32jährigen Patientin schon $^3/_4$ Jahre bestanden hatte, war sie (Anfang November 89) schwanger geworden. Zur Zeit der Aufnahme befindet sie sich im 4. Schwangerschaftsmonat. Mit dem Eintritt der Gravidität beginnt bei ihr eine rapid fortschreitende Sehnervenatrophie. Nach $1^1/_2$ Monat kann sie nicht mehr lesen, nach 2 Monaten nicht mehr Handarbeit machen, nach $2^1/_2$ Monaten kann sie nicht mehr allein gehen. Objectiv ist zur Zeit der Aufnahme Opticusatrophie deutlich nachweisbar. — Nach 5 Monaten bekommt Patientin (in der Charité) eine totale rechtsseitige Oculomotoriuslähmung. Darauf wird sie einer Inunctionskur von fünfwöchentlicher Dauer unterworfen. Im Verlauf derselben geht die Oculomotoriuslähmung ganz bedeutend zurück, und die Kranke giebt an, viel besser sehen zu können. — Im Ganzen wurden 125 g Ungt. cin. verbraucht. — Anfang August 1890, am normalen Ende der Schwangerschaft, wird Patientin von einem lebenden Kinde entbunden. Das Kind stirbt jedoch nach 18 Stunden.

Dieser Fall ist in verschiedener Hinsicht interessant. Zunächst beweist er, was ja auch sonst schon bekannt war, dass eine tabische Frau schwanger werden, und ein ausgetragenes Kind zur Welt bringen kann. Soweit stimmt dieser Fall zu den Beobachtungen Bernhard's und Moeli's.

Aber es ist doch auffallend, dass sich genau mit dem Eintritt der Gravidität die Sehnervenatrophie, und zwar enorm schnell entwickelte, während dieselbe sonst einen mehr chronischen Character zu zeigen pflegt. Ferner bekommt die Patientin plötzlich während der Schwangerschaft rechtsseitige Oculomotoriuslähmung, welche auf Quecksilbergebrauch wieder zurückgeht.

Ob die Schwangerschaft in diesem Falle die Ursache für die schnelle Verschlimmerung des Leidens gewesen ist oder nicht, ist natürlich schwer zu entscheiden, zumal da sich meines Wissens kein ähnlicher Fall in der Litteratur findet. Denkbar aber ist es sehr wohl, dass die Gravidität den Krankheitsprocess beschleunigt hat, wie sie es bei anderen Krankheiten so oft thut.

Gut begründete Thatsache ist es also, dass tabische Frauen schwanger werden können. Aber dagegen lässt sich nachweisen, dass sie keineswegs, (auch vor ihrer Krankheit) ebenso häufig schwanger werden, wie gesunde Frauen.

Der Erste, welcher auf diesen Punkt aufmerksam machte, war Meyer[3]). Er berechnete bei seinen 19 Kranken durchschnittlich 1,6 Geburten und 0,15 Aborte, und hebt hervor, dass dies eine sehr geringe Anzahl gegenüber der normalen Fruchtbarkeit von 4 Kindern sei, wie er sie bei Wappaeus (Allgemeine Bevölkerungsstatistik, Leipzig 1861, 2. Theil p. 402) finde.

Remak[17]) sagt von seinen 15 weiblichen Fällen: Sämmtliche Frauen waren verheirathet, 4 hatten gesunde Kinder, 4 waren kinderlos, 3 hatten abortiert.

Aus den Mittheilungen von Moebius[14]) habe ich folgende Tabellen zusammengestellt:

Unter 17 Patientinnen hatten

4	Frauen	0	Partus
4	„	1	„
3	„	2	„
2	„	3	„
2	„	4	„
2	„	6	„
17	Frauen	36	Partus.

also durchschnittlich jede = 2,1 Partus.

5	Frauen hatten	0	Aborte
3	„ „	1	„
4	„ „	2	„
1	„ „	3	„
13	Frauen hatten	14	Aborte

also durchschnittlich jede = 1,1 Abort.

Auch von meinen Patientinnen, soweit sie verheirathet waren, habe ich die Anzahl der Geburten und Aborte berechnet. Es hatten:

4	Frauen	0	Partus
4	„	1	„
1	„	2	„
1	„	3	„
1	„	4	„
2	„	6	„
1	„	8	„
1	„	10	„
1	„	12	„
Zusammen 16	Frauen	56	Partus.

Der Durchschnitt beträgt danach 3,3 Geburten. Aber 4 Fälle mit hoher Geburtenzahl waren in ganz hohem Alter tabisch geworden, nämlich der Fall mit 12 Geburten im 59. Jahre; der mit 10 Geburten war 62 Jahre alt zur Zeit der Aufnahme, (der Beginn der Tabes ist hier unbekannt). Der Fall mit 8 Geburten war 51 Jahre, einer von denen mit 6 Geburten 58 Jahre bei Beginn der Tabes. Daraus erklärt sich die hohe Geburtenziffer in diesen Fällen.

Ohne diese beträgt der Durchschnitt 1,6 Geburten. 14 Verheirathete hatten zusammen 13 Aborte (darunter eine Frau, deren Tabes im 59. Jahre begann, mit 5 Aborten). Durchschnitt also 0,9 Aborte (resp. 0,6).

Nun wäre es aber unrichtig, für das Charitématerial den Durchschnitt an Geburten, wie ihn Wappaeus

berechnet hat, als gültig anzusehen. Das Charitématerial rekrutirt sich zum grössten Theil aus dem Proletariat Berlins, und bei diesem ist der Durchschnitt von 4 Geburten für jede verheirathete Frau viel zu gering.

Ich hatte mir daher 16 beliebige Krankengeschichten von verheiratheten Frauen aus der Gerhardt'schen Klinik herausgesucht, bei denen die Anzahl der Geburten und Aborte angegeben war. Die betreffenden Patientinnen litten an Krankheiten, welche keinen bekannten Einfluss auf die Zahl der Geburten haben (Ulcus und Carcinoma ventriculi, Pneumonie, Angina etc.). Das Durchschnittsalter derselben betrug 48 Jahre; die Jüngste war 33 Jahre, die Aelteste 70.

Diese Frauen hatten durchschnittlich 6,7 Partus und 0,9 Aborte durchgemacht. 2 hatten je 8 Partus, 2 je 12, eine hatte 14 mal, eine 15 mal geboren.

Für das Charitématerial muss also etwa 6—7 Geburten als Durchschnittsfruchtbarkeit angesehen werden.

Die Fruchtbarkeit tabeskranker Frauen ist also weit geringer, (nämlich um die Hälfte bis zwei Drittel), als diejenige gesunder Frauen.

Bei der näheren Betrachtung meiner Fälle fiel es mir auf, dass sich unter denselben 5 mit Herzfehlern befanden, dass also mehr als $^1/_7$ der 33 tabischen Frauen herzkrank war. 2 Patientinnen litten an Aorteninsufficienz allein (23, 28), zwei weitere an demselben Fehler und an Mitralinsufficienz (22, 26). Einmal (29) war die Aorteninsufficienz mit Aortenaneurysma complicirt. Fall 22 hatte vor 2 Jahren Polyarthritis durchgemacht, bei 23 und 26 war Lues vorausgegangen; bei 29 besteht ausgesprochene Arteriosklerose, und bei 28 ist kein Grund für das Vitium cordis in der Krankengeschichte zu finden.

In der Litteratur fand ich eine ganze Reihe von Beobachtungen, welche auf das häufige Vorkommen von Aorten-

fehlern bei Tabischen, besonders bei tabischen Frauen, hinwiesen*).

Die Ersten, welche hierauf aufmerksam machten, waren Rosenbach und Berger[2]), welche 7 Fälle von Aorteninsufficienz bei Tabischen, darunter 5 bei tabischen Frauen, beobachteten.

Ein Jahr nach ihnen berichtete Grasset[5]) über 2 Fälle, in denen keine der gewöhnlichen Momente als Ursache für den Herzfehler gefunden werden konnte. Die Fehler waren leicht, da sie erst durch die physikalische Untersuchung gefunden wurden.

Von Letulle's[6]) 2 Fällen kam einer zur Section. In beiden Fällen fand sich starke Atheromatose der Arterien. Der eine Fall war durch einen Mitralfehler compliciert.

Balacakis[9]) bemerkt, dass bei Tabeskranken, die früher an Gelenkrheumatismus oder Lues gelitten haben, Aorteninsufficienz häufig ist. Sonst sind Herzfehler bei Tabischen selten. Er selbst konnte in 3 Fällen, (darunter 2 Weiber) Aorteninsufficienz bei Tabes nachweisen.

Aujel[7]) beobachtete unter 12 Fällen 5mal Zeichen von Aorteninsufficienz. Er hörte bei den betr. Kranken ein diastolisches Geräusch an den Aortenklappen, welches jedoch nur nach Muskelaktion zu Stande kam. Aujel nimmt daher ein abnormes Verhalten des Herzmuskels an.

Truc[10]) ist der Ansicht, dass die Herzfehler Tabischer auf atheromatose Grundlage zurückzuführen sind, und führt die Meinung Renaut's an, dass die Tabes selbst den endarteriitischen Process hervorrufen könne.

Duplaix[18]) bringt folgenden sehr interessanten Fall: Bei einem 52j. Manne fand er Tabes dorsalis mit

*) Leider konnte ich bei der Besprechung der Herzfehler bei Tabischen das weibliche Geschlecht nicht berücksichtigen, weil ich in der Litteratur oft keine Angaben über das Geschlecht der betr. Kranken fand.

Aorteninsufficienz und allgemeiner Arteriosklerose. Lues war vorausgegangen.

Scarda[25]) sagt: Herzfehler bei Tabischen sind nicht selten. Sehr häufig findet sich Aortenatheromatose, welche nicht durch das Alter erklärt werden kann. Es ist wahrscheinlich, dass die Sklerose des Rückenmarks und die allgemeine Sklerose der Gefässe eine Ursache haben, und dass die Arteriosklerose die Herzfehler hervorruft.

Groedel[26]) hatte in Nauheim vielfach Gelegenheit, Tabes und Herzfehler zu beobachten. Unter 43 Patienten mit Tabes dorsalis, welche er in den Jahren 1875—1879 behandelte, war nur 1 Fall, und bei diesem bestand zugleich Mitralinsufficienz und Stenose. Als Aetiologie musste aber jedenfalls die vorausgegangene Polyarthritis angesehen werden.

In den nächsten Jahren 1880—1887 untersuchte Groedel alle seine tabischen Patienten speciell auf Herzfehler. (108 Fälle).

Er fand unter ihnen zwei mit Aorteninsufficienz, aber in beiden Fällen war eine syphilitische Injection vorausgegangen, und die Syphilis, nicht die Tabes, hält Groedel in diesen Fällen für die Ursache des Herzfehlers.

Ferner hatte einer von obigen Kranken eine Mitralinsufficienz, doch war Gelenkrheumatismus vorausgegangen. Ein Fall (Mitralinsufficienz) blieb dann noch, in dem gar keine bestimmte Ursache nachgewiesen werden konnte. — Groedel bemerkt dann noch, dass er bei Tabikern nach Muskelarbeit niemals ein diastolisches Geräusch an der Aorta gehört habe, ausser wenn auch sonst dies Phaenomen zu hören war.

Remak[27]) stellte im Verein für innere Medicin einen Fall von Aorteninsuffienz bei einem 44j. Tabiker vor; Lues war nicht zu konstatieren.

Ebendaselbst bemerkt Guttmann, dass er unter 100

Tabischen dreimal Klappenfehler beobachtet habe, darunter 2mal Aorteninsufficienz.

Oppenheim berichtet dort dann über vier Fälle von Aorteninsufficienz bei Tabischen, von denen jedoch keiner zur Section kam. Gewöhnlich bestand dabei gleichzeitig Arteriosklerose.

In einem Falle (in Westphal's Archiv Bd. XV mitgetheilt) wurde allgemeine Arteriosklerose, Tabes und Aorteninsufficienz durch Autopsie festgestellt. Lues war vorausgegangen.

Leyden[35]) theilt die Krankengeschichte einer 48 jährigen Maschinennäherin mit, welche an Tabes und Insufficienz der Aortenklappen litt, und zur Section kam. Bei der Autopsie wurde mit Sicherheit Arteriosklerose nachgewiesen, trotzdem während des Lebens der Patientin kein Zeichen dafür dagewesen war.

Aus der Litteratur habe ich also 30 Fälle von Herzfehlern bei Tabischen, sowie ausserdem 5 neue eigene anführen können, zusammen also 35. Darunter waren 27, mit reiner Aorteninsufficienz, 4 mit Aorten- und Mitralinsufficienz, einer mit Aorteninsufficienz und Aneurysma aortae, 3 mit reinen Mitralfehlern.

Es überwiegt also bei Weitem die Aorteninsufficienz (9 : 1), wenn auch nicht in dem Masse, wie es Jaubert[8]) (17 : 1) angiebt. Dies Ueberwiegen des Aortenfehlers ist auch leicht zu erklären, da in einer grossen Anzahl der Fälle, wie wir bald sehen werden, der Herzfehler auf Arteriosklerose zurückzuführen ist, und diese vorzugsweise Aortenfehler setzt.

Vielfach ist es nun versucht worden, die Herzfehler mit der Tabes in Zusammenhang zu bringen, indess bestehen darüber die verschiedensten Ansichten:

Grasset stellt die Vermuthung auf, dass die Herzfehler bei Tabischen durch die heftigen Schmerzanfälle, ähnlich wie bei schmerzhaften Unterleibsaffectionen hervorgerufen würden. Er kommt zu dieser Ansicht, weil seine

Kranken in der Mehrzahl lange starke Schmerzen zu leiden hatten. Seine Meinung lässt sich indess leicht widerlegen, weil keineswegs alle Tabeskranken mit Vitium cordis früher besonders unter Schmerzen zu leiden hatten, und andererseits viele Tabiker die heftigsten Schmerzanfälle haben, ohne Vitium cordis zu bekommen.

Letulle nimmt an, dass Tabes und Herzfehler durch die Arteriosklose verursacht würden.

Truc bringt die entgegengesetzte Meinung (Renaut): Die Tabes beeinflusst secundär die Gefässe, ruft Arteriosklerose hervor, und diese führt zu Herzfehler.

Aujel glaubt ein abnormes Verhalten des Herzmuskels annehmen zu müssen, weil bei seinen Patienten das diastolische Geräusch nur nach starker Muskelaction beobachtet wurde. Indess mit seinen Beobachtungen und seiner Annahme steht er allein da.

Leyden sagt in „Arbeiten aus der I. Med. Klin. Berlin“: Tabes sowohl, wie Herzfehler sind zwei so häufige Krankheiten, dass es nicht überraschen kann, wenn man sie bei ein und demselben Individuum findet. Deshalb einen inneren Zusammenhang anzunehmen, — z. B. dass die Fehler durch trophische Störungen an den Herzklappen hervorgerufen sei, wie sie sich ja sonst bei Tabes fänden (Arthropathien, Malum perf. pedis etc.) — sei man darum noch nicht berechtigt. Obige Vermuthung Rosenbach's und Berger's würde nur dann an Wahrscheinlichkeit gewinnen, wenn sich bei der Autopsie von einschlagenden Fällen gar keine Arteriosklerose fände. Am Lebenden sei diese sehr schwer mit einiger Sicherheit auszuschliessen, weil sich gerade schon bei beginnender Arteriosklerose oft Insufficienz der Aortenklappen finde, und Sklerose des Aortenostiums ohne anderweitige Sklerose vorkäme. Sein Fall sei ein warnendes Beispiel. Während des Lebens war bei der betr. Kranken keine Spur von Härte an der Radialis zu constatieren, und die Autopsie zeigte doch ausgesprochene Arteriosklerose (an der Aorta, fibröse Dege-

neration am Herzen). Leyden ist daher geneigt, die Ansicht Rosenbach's und Berger's zurückzuweisen, und nimmt an, dass die Herzfehler bei Tabischen unabhängig von der Grundkrankheit, und jedenfalls sehr häufig auf Arteriosklerose zurückzuführen seien.

Sarda hält es für wahrscheinlich, dass die Sklerose des Rückenmarks und die allgemeine Sklerose der Arterien eine gemeinsame Ursache haben, und dass die Arteriosklerose die Herzfehler bedingt.

Bouveret[24]) führt Tabes dorsalis und die Veränderung der Herzklappen auf ein und dieselbe Ursache, nämlich Syphilis zurück.

Derselben Ansicht ist auch Groedel, wenigstens für zwei seiner Fälle, in denen Syphilis sicher gestellt war.

Oppenheim schliesst aus einem Fall, in welchem schwere Arteriosklerose, Tabes und Aorteninsufficienz durch Section sicher gestellt wurde, und in dem Syphilis vorausgegangen war, dass man recht wohl berechtigt sei, an ein gemeinsames Bindeglied, für Aorteninsufficienz und Tabes zu denken, nämlich an die Syphilis.

Einen ebensolchen Fall hatte auch Duplaix, und auch mein Fall 23 weist Tabes, Lues, Arteriosklerose und Aorteninsufficienz auf.

Die Annahme Bouveret's, Groedel's und Oppenheim's hat sehr viel für sich. Es ist ja bekannt, dass die Syphilis oft auch die Gefässe ergreift. Selbst bei der Section ist diese Art der Erkrankung dann nur schwer von der gewöhnlichen Arteriosklerose zu unterscheiden, nämlich dadurch, dass die letztere gewöhnlich an grossen Gefässgebieten vorkommt, während die syphilitische Erkrankung oft auf einzelne Arterien beschränkt ist. Zuweilen zeigt indess auch die syphilitische Art der Erkrankung der Gefässe weite Verbreitung. Am Lebenden ist eine solche von der gewöhnlichen Arteriosklerose garnicht zu unterscheiden, oft ist sie auch garnicht auffindbar, z. B. wenn der syphilitische Process nur die Aorta oder

das Aortenostium befallen hat. Wenn er an dieser Stelle seinen Sitz hat, so wird er zu Aortenfehlern führen.

Es würde daher nicht auffallend sein, wenn sich auch bei Tabischen, die doch so oft syphilitisch inficiert worden sind, Arteriosklerose und Aorteninsufficienz finden würde.

In der That scheint Arteriosklerose bei Tabischen nicht selten vorzukommen, indess sind die Mittheilungen hierüber noch zu dürftig, weil auf den Zustand der Gefässe bei Tabischen bisher noch zu wenig geachtet ist.

Oppenheim[27]) zählt 4 Fälle von Tabes auf, bei denen durch die Section Endarteriitis deformans chronica, speciell eine Atheromatose der Aorta festgestellt wurde (über Lues ist hier nichts angegeben). In einem weiteren Falle, in dem Syphilis vorausgegangen, fand sich starke Atheromatose, und auch in meinen 29 Fällen war mehrfach Arteriosklerose constatiert; in den meisten Krankengeschichten waren keine Angaben über den Zustand der Arterien vorhanden.

Etwas zahlreichere Angaben fand ich aber unter den 35 Fällen von Herzfehlern bei Tabischen. Hier war 17mal die muthmassliche Ursache des Herzfehlers aufgeführt, darunter 11mal, also in ca. 66 pCt. Arteriosklerose, 3mal Polyarthritis, 3mal Lues allein (keine Angaben über die Gefässe).

Unter den 11 Fällen mit Arteriosklerose war 3mal (Oppenheim, Duplaix, mein Fall 23) Syphilis sicher nachgewiesen, und da liegt es doch nahe, anzunehmen, dass die Syphilis wenigstens in diesen Fällen die Ursache der Arteriosklerose, des Herzfehlers und der Tabes ist. — In drei weiteren Fällen (Groedel, mein Fall 26) war ebenfalls Syphilis vorausgegangen, und auch hier wird man den Herzfehler auf die Lues zurückführen dürfen.

Aber erst dann wäre es sicher bewiesen, dass es oft die Syphilis ist, welche die Herzfehler bei Tabischen verschuldet, wenn durch die Art der Verbreitung der

Arteriosklerose die syphilitische Natur der Gefässerkrankung durch Section sichergestellt wäre.

Jedenfalls kann man aber wohl als wahrscheinlich annehmen, dass das verhältnissmässig häufige Vorkommen von Herzfehlern bei Tabischen nicht rein zufällig ist, sondern oft der Syphilis zuzuschreiben ist, welche nicht selten die gemeinsame Ursache für die Vitia cordis und die Tabes bildet.

Auf einige Besonderheiten meiner Fälle sei jetzt noch kurz hingewiesen:

Die Patellarreflexe waren in 23 Fällen = 82 pCt. vollständig erloschen; einseitig vorhanden waren sie in 7 pCt. (Fall 5, 24). — Auf beiden Seiten waren die Kniephaenomene in 11 pCt. (Fall 8, 17, 28), wenn auch meistens abgeschwächt, vorhanden; einmal war über dieselben nichts angegeben.

Lichtstarre beider Pupillen war 16 mal, = in 60 pCt. zu constatiren. 30 pCt. zeigten mehr oder weniger träge Reaction, bei 10 pCt. war die Pupillenreaction auf beiden Augen gut. Zweimal fanden sich keine Angaben.

In 12 Fällen war über Reaction auf Convergenz berichtet. In 40 pCt. war keine Reaction zu erzielen, in 60 pCt. war sie vorhanden.

Bei 6 Kranken = 18 pCt. (Fall 1, 7, 13, 21, 23, 24) fand sich mehr oder weniger ausgesprochene Opticusatrophie. Oft, jedoch nicht immer wurde von den betr. Kranken Doppelsehen angegeben. Andererseits fand sich Doppelsehen (bei Fall 9: Patientin kneift das linke Auge der Doppelbilder wegen zu) ohne dass der ophthalmoskopische Befund etwas Pathologisches ergeben hätte.

In 2 Fällen (12 und 13) fiel Augenzittern auf, welches bei Fall 13 in der Weise auftrat, dass das Auge nach einer Bewegung eine Zeit lang nach der Richtung zurückschnellte, von welcher es herkam. Dieser Nystagmus ist wohl als eine Ataxie der Augenmuskeln aufzufassen.

Gastrische Krisen kamen bei 8 von meinen Kranken vor. Vier weitere derartige Fälle aus der Gerhardt'schen Klinik hat v. Noorden in den Charitéannalen 1890 ausführlich beschrieben. Im Ganzen litten also von den 33 tabischen Frauen 12 = 36 pCt. an Crises gastriques. Die Anfälle wiederholten sich mehr oder weniger häufig, und dauerten einige Stunden bis mehrere Wochen. Etwa in der Hälfte meiner Fälle war das Magenleiden eins der frühesten Symptome des Rückenmarksleidens.

Bei Fall 1 und 4 wurde das Erbrochene mehrfach untersucht, aber in beiden Fällen war niemals Salzsäure vorhanden. Dieser Befund spricht für die Ansicht v. Noorden's, dass sich Hyperacidität des Magensaftes keineswegs häufig bei gastrischen Krisen findet, dass vielmehr der Salzsäuregehalt des Magensaftes hierbei ein sehr wechselnder ist. Unter den 4 Fällen v. Noorden's war zweimal (Fall III. und IV.) ebenso, wie in meinen Fällen, keine HCl während der Krisis vorhanden; einmal (II) wurde während des Anfalls Salzsäure in ganz geringer Menge nachgewiesen. Ganz anders war das Verhalten im I. Fall. Hier war im Anfang der Beobachtung der Säuregehalt des Mageninhalts während der Krisen höher, als ausserhalb derselben. Später wurde die Acidität während des Anfalles geringer. „Dann trat eine Zeit ein, wo sich das Verhältniss gegen die ersten Beobachtungen umkehrte und der Säuregehalt bei der Krise verschwindend klein wurde, während er sich in den freien Zwischenräumen annähernd auf derselben Höhe hielt, wie früher." Bei der letzten Krise war dann wieder Salzsäure vorhanden. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind also so wechselnd, dass man ein gesetzmässiges Verhalten des Magensaftes bei gastrischen Krisen daraus nicht erkennen kann. Jedenfalls ist aber anzunehmen, dass bei Tabischen Hyperacidität des Magensaftes während der Magenkrisen,

wie sie von Sahli*), Rosenthal, Simonin, Hofmann gefunden wurde, keineswegs die Regel ist.

Crises clitoridiennes kamen unter meinen Kranken nicht vor. v. Noorden konnte aber unter seinen Fällen aus der Gerhardt'schen Klinik eine 26 jährige Tabische anführen, welche an Zuständen litt, die als Crises clitoridiennes bezeichnet werden müssen. Derartige Krisen sind zuerst von Pitre beschrieben. Es handelt sich bei ihnen um Anfälle wollüstiger Erregung, welche von Absonderung begleitet sind, und welche ein Analogon zu der Steigerung der Geschlechtslust bei Männern, wie sie im Beginn der Tabes nicht selten vorkommt, bildet. Crises clitoridiennes gehören zu den seltenen Symptomen der Tabes bei Weibern, wenigstens in Deutschland (cfr. Hirt[33]).

Larynxkrisen wurden zweimal unter meinen Fällen beobachtet (Fall 12 und 27). Bei Fall 12 war das Bild durch gleichzeitige Kehlkopfstuberkulose getrübt. Recht charakteristisch waren aber die Anfalle bei Fall 27. Hier kamen sie während der Behandlung im Krankenhause fast täglich, zuweilen plötzlich mitten in der Nacht, vor. Die Anfälle begannen mit einem langgezogenen, krähenden Inspirium, und veranlassten bei der Patientin die quälendste Athemnoth. Nach 5 bis 10 Minuten waren die Krisen überstanden. Als Grund für dieselben konnte in beiden Fällen eine ausserordentliche Enge (2—3 mm) der Stimmritze nachgewiesen werden; bei Fall 28 wurden die Stimmbänder bei der Inspiration sogar bis auf $1^1/_2$ mm einander genähert. Diese Enge der Stimmritze ist jedenfalls durch eine Lähmung des M. cricoarytaenoideus posticus bedingt, indess muss man annehmen, dass zur Zeit des Anfalls zugleich ein Krampf der Stimmritzenverengerer bestand, da Cocaïn fast augenblicklich Hülfe brachte. (Selbst Cocaïnisieren der Nase hatte zuweilen Erfolg). Aehnlicher Ansicht ist auch Küssner in der Berl. Wochenschrift 1887 No. 20, welcher auch annimmt,

*) Die Litteraturangaben befinden sich in der Arbeit v. Noordens.

dass bei Larynxkrisen zuweilen ein Krampf der Adductoren besteht, weil K Br Linderung schaffte.

Ziemlich häufig kamen Harnbeschwerden vor (40 pCt.). Zuweilen bestanden sie nur darin, dass die Kranken beim Urinlassen stark pressen mussten. Dies war namentlich in einem Fall (21) stark ausgesprochen; die betr. Patientin musste mit den Händen auf die Blasengegend drücken, um den Harn entleeren zu können. Weit häufiger bestand Incontinenz der Blase: die Kranken verloren unfreiwillig den Urin, oder (wie in Fall 26) derselbe konnte doch wenigstens beim Husten nicht zurückgehalten werden.

Das häufigste aller Symptome war die Ataxie, welche in 95 pCt. constatiert werden konnte und meist recht erheblich war, dann das Schwanken bei geschlossenen Augen (90 pCt.) und der fehlende Patellarreflex (82 pCt.). — Herabsetzung der Sensibilität, zum Theil ganz auffallend stark, konnte in 80 pCt. nachgewiesen werden, zuweilen war die Fortleitung der Empfindung verlangsamt (20,8).

Lancinierende Schmerzen waren in $^3/_4$ aller Fälle angegeben, Gürtelgefühl in 50 pCt.

Der Temperatursinn und das Lagegefühl hatten in ca. 50 pCt. gelitten. Einmal (20) zeigte sich das interessante Phaenomen, dass die Temperaturen zuerst als Berührung und erst einige Zeit darauf nach ihrer Wärmequalität, alsdann aber auch sicher, empfunden werden. Wenn die betr. Patientin mit einem warmen Reagenzglas berührt wurde, so rief sie „jetzt“ als Zeichen, dass sie die Berührung gefühlt, und erst dann „au“ als Zeichen des Schmerzes.

Der Geruchssinn wurde in 10 pCt. als stark abgeschwächt erkannt. Stark und ekelhaft riechende Sachen, wie Chlorkalk und Asa foetida wurden garnicht wahrgenommen oder Ol. Terebinthinae und Eau de Cologne, Chloroform und Ammoniak als gleichriechend angegeben.

Einige Male (ca. 5 pCt.) hatte auch das Hörvermögen abgenommen, aber es konnte nicht nachgewiesen werden, ob zufällig, oder durch die Tabes.

Oculomotoriuslähmung bestand 2mal (Fall 12 beiderseitig, Fall 13 rechtsseitig). Beide Male war Lues vorausgegangen, was bei 13 auch ex juvantibus wahrscheinlich gemacht werde.

Der Accessorius, Hypoglossus und Phrenicus zeigten in Fall 27 Lähmungserscheinungen. Dort war der Sternocleidomastoideus sehr stark atrophirt, der Cucullaris links dünner als rechts; die Zunge zeigte fibrilläre Zuckungen und wurde nach links herausgestreckt; auf derselben Seite war sie dünner und schlaffer als rechts. — Für die Phrenicuslähmung spricht

1) das costale Athmen. Beim Inspirium ist keine Drucksteigerung im Epigastrium zu bemerken; auf Aufforderung athmet die Kranke wohl mit stark abdominalen Typus, aber die Hervorwölbung des Abdomen lässt sich leicht unterdrücken.

Bei tiefem Einathmen rückt der untere Rand der Leber $1^1/_2$ cm in die Höhe.

3) Das Zwerchfell tritt bei electrischer Reizung der Phrenici rechts tiefer als links.

Bei 6 Kranken war die Tabes durch Phthisis pulmonum compliciert, was ja auch sonst häufig zu sein pflegt.

Einmal trat im Anfang der Tabes (24) eine Hemiplaegie leichter Art auf, wie sie Hirt (Pathol. und Therap. der Nervenkrankheiten 1890 p. 490) beschreibt.

Als zufällige gleichzeitige Erkrankung fand sich einmal (15) Myoma uteri.

Zum Schluss erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich Herrn Geh. Med.-Rath, Prof. Gerhardt für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Privatdocenten Dr. v. Noorden, von dem ich die Anregung zu dieser Arbeit und freundlichste Unterstützung bei derselben erhielt, meinen ergebensten Dank ausspreche.

Krankengeschichten.

I.

A. S., Malerswittwe. 32 Jahre. Aufgen. 30. 9. 84. Vor 2 Jahren verheirathet. Vor 12 Jahren 1 Part. Abortus 0.

Frühere Krankheiten: Typhus, Polyarthritis. Vor 5 Jahren Fluor, mit Alaunceinspritzungen behandelt. Lues negatur.

Seit 4 Jahren lancin. Schmerzen in Armen und Beinen: seit 3 Jahren Incontinentia urinae. Vor 2 Jahren 14tägige Crise gastr., zur Zeit der Aufnahme der dritte Anfall.

Seit 1 Jahr Paraesthesien, zeitweilig Doppelsehen, progressive Abnahme der Sehkraft (kann nicht mehr lesen). Seit einem halben Jahre schwankender Gang.

Status: Pupillen auf Lichteinfall und Accommodation starr. — Der Sehnerv unregelmässig conturiert, porcellanartig weiss gefärbt: Gefässe eng. — R. Stimmbandparese. — Sensibilität an den Beinen, Ortssinn bedeutend herabgesetzt. — Temperatursinn wenig beeinträchtigt. — Atactischer Gang. — Beim Kitzeln der Fusssohle zuckende Bewegungen des Beines, welche eine Zeit lang andauern und zuweilen auch auf das andere Bein übergehen: Erhöhung der Hautreflexe. Sehnenreflexe erloschen.

Im folgenden Jahre oft gastrische Krisen: das Erbrochene ist schwach sauer, keine HCl-Reaction (Methylviolett).

II.

A. J., Schneiderin. 37 Jahre. Unverh. Aufgen. 17. 9. 85. Part., Abort. nicht angegeben.

Vorausgegangene Krankheiten: Scharlach, Masern, Chlorose.

Seit 4 Jahren Uebelkeit, Erbrechen mit kolikartigen Schmerzen, seit einem halben Jahre öfters; seit gleicher Zeit Schwäche in den Beinen, Gürtelgefühl, Abnahme der Sehkraft. Vor 6 Wochen Blutsturz.

Status: Pupillenstarre, Augenhintergrund nichts Abnormes.

Thorax schmal, wenig tief. Rechts vorn und hinten Dämpfung bis zur zweiten Rippe, resp. Angulus scapulae. Daselbst bronchiales Athmen, Rasselgeräusche.

Sensibilität wenig, Orts- und Temperatursinn garnicht gestört. Muskelsinn abgeschwächt. — Der Gang ist unsicher, stampfend.

Die Patellarreflexe sind erloschen.

III.

J. K., Maschinennäherin. 48 Jahre. Verheirathet. Aufgen. 24. 8. 86. Zwei Part.

Frühere Krankheiten: Masern, Scharlach, Windpocken.

Seit 3/4 Jahr Gürtelgefühl, Einschlafen der Füsse beim Maschinennähen; lancin. Schmerzen in den Beinen. Unsicherheit beim Gehen, daher sogar im Hause Stock benutzt. Lues negatur.

Status: Pupillen reagieren gut auf Licht und Accommodation. Temperaturempfindung und Sensibilität an den Zehen herabgesetzt. Später deutlichere Sensibilitätsstörungen, Doppelempfindung von Nadelstichen. — Gang deutlich atactisch, schleudernd. Schwanken bei geschlossenen Augen. — Patellarreflexe erloschen. — Retentio urinae.

IV.

M. B. 38 Jahre. Verheirathet. Aufgen. 9. 9. 86. 1 Part.

Vater starb an „Rückenmarksleiden."

Frühere Krankheiten: Keine vorhanden.

Vor 8 Jahren schmerzhaftes Erbrechen. Es dauerte 14 Tage. Zugleich taubes Gefühl in den Beinen, Gehbeschwerden, lancinierende Schmerzen in den Beinen, Gürtelgefühl. Seit 1½ Jahren öfter Magenbeschwerden mit Erbrechen. Seit einem Jahre kann Patientin nicht mehr allein gehen. Zur Zeit der Aufnahme wieder gastrische Krise. —

Status: Pupillen starr. Sensibilität: An Unterschenkeln Nadelstiche garnicht, an Oberschenkeln als Berührung empfunden. — Ortssinn in den Beinen herabgesetzt. — Deutliche Ataxie. — Kniephaenomen nicht hervorzurufen. — Das Erbrochene giebt keine HCl.-Reaction.

V.

M. B., Wirthschafterin. 33 Jahre. Unverheirathet. Aufgenommen

Frühere Krankheiten: Diphtherie, Typhus, Blutbrechen vor 6 Jahren.

Vor 3 Tagen plötzlich Schmerzen im Epigastr., so dass Patientin ohnmächtig wurde. Daher Aufnahme.

Status: Pupillen reagieren auf Licht. Sensibilität am ganzen Körper herabgesetzt; Patientin unterscheidet nicht, ob sie mit dem Finger oder der Nadelspitze berührt wird. Stiche in die Zunge nicht schmerzhaft. (Hysterie?) An den Fusssohlen Temperatursinn herabgesetzt. Gang unsicher. — Bei geschlossenen Augen: Hintenüberstürzen. Patellarreflex r. erloschen, l. sehr schwach.

Im Laufe der Behandlung lancinierende Schmerzen in den Beinen. — Die Herzaction ist sehr unregelmässig, nach mehreren regelmässigen Schlägen Pause. Herztöne rein.

VI.

A. N., Handelsfrau. 65 Jahre. Verheirathet. Aufgenommen 18. 8. 87. Menopause mit 49 Jahren. P. = 12, Ab. = 5 (III. bis V. Mens.)

Frühere Krankheiten: 6 Wochen nach der Geburt „Geschwüre" auf dem ganzen Körper. Der Arzt untersuchte Vater und Mutter und erklärte, dass alle folgenden Kinder ebensolche „Geschwüre" bekommen würden, und hat dann der Mutter von der Heirath abgerathen. Lues hereditaria.

Mit 2 Jahren oft recidivierende Augenentzündung. Mit 9 Jahren „kaltes Fieber."

Seit 6 Jahren Unsicherheit beim Gehen; seit einem Jahre lanc. Schmerzen; seit 6 Wochen (Patientin bezog kalte Wohnung) Zunahme der Schmerzen. Zugleich oft retentio urinae, zuweilen incontinentia vesicae et alvi.

Status: Narbe auf r. Cornea. L. vorderes Staphylom. Sclera atrophisch, interstitielle Keratitis.

Temperatur- und Ortssinn gut erhalten; Sensibilität an den unteren Extremitäten ein wenig herabgesetzt. Gang schleppend, geringe Ataxie.

Kniephaenomene beiderseits erloschen.

VII.

Adl . . ., Kaufmannsfrau. 42 Jahre. 3 mal verheirathet. Aufgenommen 18. 10. 87. 6 P., 2 Ab.

Vor 2 Jahren Typhus.

Vor 6 Jahren und später wiederholt gastrische Krisen, Dauer einige Wochen, zuletzt vor 8 Tagen. Seit mehreren Jahren lancinierende Schmerzen in den Beinen. Seit Kurzem Abnahme der Sehkraft.

Status: R. Pupille enger als l. — Beide reagieren spurweise. Die linke Papille hat unregelmässige Conturen; die temporale Hälfte ist deutlich abgeblasst, fast weiss. Rechts derselbe Befund, weniger deutlich.

Die Brachial-, Cervical- und Inguinaldrüsen sind geschwollen.

Sensibilität an den Unterschenkeln herabgesetzt (tiefe Nadelstiche nicht schmerzhaft). Lebhafter Fusssohlenreflex. — Ortssinn abgeschwächt. — Zuweilen Verzögerung der Empfindung. Kalt wird häufig für warm gehalten.

Patellarreflexe sind erloschen.

VIII.

Wil . . ., Dachdeckersfrau. 48 Jahre. Aufgen. 24. 7. 89. Mit 23 Jahren verheirathet. 0 Partus, 0 Abortus. Infectio negatur.

Seit 1½ Jahren taubes Gefühl auf Rücken, dem l. Arm und der l. Hand. Zugleich Crises gastriques (Dauer einige Stunden bis 2 Tage), Abnahme der Sehschärfe und Doppelsehen. Seit ½ Jahr Beschwerden beim Urinlassen, zeitweise incontinentia vesicae.

Status: Pupille r. weiter als l. Gute Reaction auf Licht und Accommodation. Kein Doppelsehen mehr.

Im Nacken einige Lymphdrüsen zu fühlen.

Temperatursinn gut. Pinselstriche werden gefühlt, jedoch links Alles schwächer als rechts. Gang vorsichtig, etwas schwankend, Andeutung von Stampfen. Der Blick ist dabei nach dem Boden gerichtet. — Schwanken bei geschlossenen Augen.

Kniephaenomen rechts vorhanden, links fraglich: Tabes incipiens.

IX.

W. G., Schutzmannsfrau. 53 Jahre. Aufgen. 3. 1. 88. Menopause vor 3 Monaten. Part. 8, Abortus 1.

Frühere Krankheiten: Masern, Scharlach, Scabies.

Seit 2 Jahren heftige Rückenschmerzen, seit ½ Jahr Doppelsehen, Gürtelgefühl, Incontinentia vesicae. Infectio negatur.

Status: Pupillen unregelmässig, starr auf Licht. Patientin kneift das linke Auge der Doppelbilder wegen zu. Augenhintergrund nichts Besonderes.

Schmerzempfindung fast aufgehoben. Lageveränderungen der Beine werden falsch angegeben. Patientin kann nur mit Unterstützung ein paar Schritte gehen. Temperatursinn gut. Rombergsches, Westphal'sches Symptom. — Geringe Lymphdrüsenschwellung. — Hochgradige Arteriosklerose der Carotiden und Cruralis

X.

A. K., Schuhmacherswittwe. 59 Jahre. Aufgenommen 21. 1. 88. 6 Part.

Seit 1 Jahr Gehstörungen, lancinierende Schmerzen in den Beinen, Kriebeln in den Händen, Sehstörungen. Seit Kurzem Gürtelgefühl, Unfähigkeit zu gehen, Incontinentia vesicae.

Status: Pupillenreaction spurweise. Ophthalmoskopisch nichts Besonderes. — Linksseitige Stimmbandparese. — Der Gang ist völlig atactisch, bei geschlossenen Augen noch unsicherer. Patientin ist nicht im Stande, ohne Unterstützung auch nur einen Schritt zu machen. Grobe Kraft ist gut erhalten, ebenso der Ortssinn. — Die Sensibilität ist in ganz unregelmässiger Vertheilung gestört. Kniephaenomene nicht zu erzielen. Nach 4 Monaten † an Decubitus.

Section: Syphilis constitutionalis. — Gastritis chronica. — Hyperplasis polyp. mucos. ventr. — Degeneratio amyloida tract. intestin. — Nephritis interstit. multiplex. — Cicatrices hepatis. — Atrophia laevis radicis linguae. — Bronchitis chron. — Oedema pulmon. — Atrophia fusca lienis et hepatis.

XI.

A. W., Plätterin. 51 Jahre. Aufgen. 13. 11. 88. Verheirathet seit 28 Jahren. Part., Abort. = 0.

Ein Bruder ist an Tabes gestorben.

Frühere Krankheiten: Pneumonie. Fractur des rechten Unterschenkels durch Ueberfahren. Seit dem 20. Jahre heftiges zeitweise auftretendes Reissen in den Beinen.

Seit 2 Jahren lancin. Schmerzen, Prickeln in den Fingern. Schwäche in den Beinen, Incontinentia urinae. Infectio neg.

Status: Pupillen starr, keine Sehnervenatrophie. Sensibilität an den plantae pedis herabgesetzt. — Temperatursinn gut erhalten. — Harnträufeln. — Westphal. — Romberg (schwach).

XII.

Elise N., Tischlersfrau. 35 Jahre. Aufgen. 21. 10. 89. Partus, Abortus nicht angegeben.

Frühere Krankheiten: Vor 5 Jahren Hemiplegie. In der Charité durch Ungt. cin. und Jodkalium soweit gebessert, dass Patientin Alles in ihrer Wirthschaft selbst besorgen konnte. Vor $^3/_4$ Jahren Pneumonie.

Seit dieser Zeit heftige Hustenanfälle mit Erbrechen. Im Auswurf Blut. — Seit $^1/_4$ Jahr Schluckbeschwerden, lancinirende Schmerzen. Kurz vor Aufnahme 2 Erstickungsanfälle.

Status: Defluvium capillitii. Gesichtsmuskeln links schlaff innerviert. — Beiderseits ausgesprochene Oculomotoriuslähmung in allen Zweigen. Sehr auffällig ist ein häufig auftretender linksseitiger Nystagmus. Pupille links weiter als rechts, starr auf Licht und Accommodation. Papillen normal. Sehschärfe r. gut, l = 0, nur Lichtschein.

Laryngoskop: Auf der linken aryepiglottischen Falte Erosion. Die Processus vocales sind bei tiefer Inspiration nur etwa 3 mm von einander entfernt. Mit Sonde rauhe Stelle zwischen den Aryknorpeln fühlbar.

Cervical-Inguinaldrüsen sind geschwollen.

Ueber der l. Spitze, bis zur 3. Rippe Dämpfung, Bronchialathmen, Rasselgeräusche. — Herztöne rein.

Deutliche Ataxie an Armen und Beinen. — Alle Empfindungsarten gut erhalten. — Romberg. — Westphal. — Incontinentia vesicae.

Collaps am 8. 8. 90. †.

Section: Phthisis pulm. ulcerosa. — Bronchopneumonia fibrin. multiplex. — Degeneratio adiposa myocardii. — Nephritis parench. levis. — Cicatrices renum. — Ulcera tuberculosa laryngis. Tabes dorsalis. (Die Hinterstränge sind bis in die Oblongata hinein von grauer durchscheinender Substanz; die N. optici zeigen makroskopisch keine wesentlichen Veränderungen. — Die N. olfactorii sind kaum merklich atrophisch.)

XIII.

Minna F., Plätterin. 32 Jahre. Unverheirathet. Aufgenommen 11. 3. 90. 1 Part. vor 4 Jahren. Letzte Menses vor 4 Monaten.

Frühere Krankheiten: Rubeola, Flecktyphus.

Seit 1 Jahr lancin. Schmerzen in den Beinen. Vor 3/4 Jahren gastrische Krise. Vor 4 Monaten schnell zunehmende Verminderung der Sehkraft. Es kam ihr vor, „als ob Nebel vor den Augen wäre.“ Seit 6 Wochen kann sie keine Handarbeit mehr machen, seit zehn Wochen nicht mehr lesen, seit 7 Wochen nicht mehr allein gehen.

Seit 5 Wochen ziehende Schmerzen im Rückgrat, Gürtelgefühl, Paraesthesien in den Waden.

Status: L. Pupille reagiert träge, die r. gut auf Licht. Bei der Prüfung der Beweglichkeit der Bulbi fällt auf, dass diese, wenn sie einen Gegenstand fixieren sollen, eine ruckweise Bewegung machen, und zwar so, dass das Auge von Zeit zu Zeit nach der Richtung, von welcher es kam, ein wenig zurückschnellt.

Gesichtsfeld namentlich nach oben sehr eingeschränkt. Patientin ist emmetropisch. — Die Papille ist scharf weiss abgegrenzt.

Der r. Mundwinkel ist etwas nach seitwärts und abwärts verzogen. Die Zunge weicht beim Herausstrecken etwas nach rechts ab.

Lymphdrüsen am Halse beiderseits geschwollen.

Herz und Lungen nichts Besonderes. — Patellarreflexe fehlen. — Keine Sensibilitätsstörungen. — Keine Ataxie.

Gynaekolog: Oberhalb der Symphyse bis 3 Querfinger unter dem Nabel leicht verschieblicher Tumor (schwangerer Uterus).

18. 3. bis 22. 3. Gastrische Krise.

16. 4. R. vollständige Ptosis, Augenlid kann nur wenig gehoben werden (durch Frontalis!). Bewegung des Auges nach innen, unten, oben bleibt aus, nach aussen frei: Totale Oculomotoriuslähmung rechts.

17. 4. Prickeln in den Extremitäten. Schmierkur.

18. 4. Drüsenschwellungen am Halse und den Inguinalbeugen. An den Genitalien kein Zeichen von Lues.

21. 4. Beweglichkeit des Auges und Augenlides nimmt zu.

24. 4. Linke Pupille bewegt sich deutlich, auch rechte, jedoch weniger.

30. 4. R. Auge mässige Ptosis, welche überwunden werden kann. Bewegung des Bulbus nach rechts ausgiebig, nach links etwas über die Sagittalebene, nach oben und unten besser als nach links. — Ataxie nicht vorhanden, alle Sinnesqualitäten ungestört, Patellarreflexe fehlen dauernd völlig. — Romberg'sches Symptom erst nach längerem Stehen positiv.

11. 5. Patientin giebt an, es sei ihr heller vor den Augen geworden.

16. 5. Das r. Auge erreicht völlig den Canthus internus, bleibt aber dort nicht lange stehen. Patientin will viel besser sehen können.

21. 5. Ende der Inunctionskur. Im Ganzen 125 g Ungt. cin. gebraucht. Patientin fühlt Kindsbewegungen.

7. 7. Starke Blutung aus den Genitalien. Wehenartige Schmerzen.

3. 8. Patientin wird entbunden. Kind lebt nur 18 Stunden.

19. 8. Auf Wunsch entlassen.

XIV.

Anna B., Kutschersfrau. 27 Jahre. Aufgenommen 5. 8. 90. 1 Part., 1 Abort. Letzte Menses vor 3 Monaten.

Schon als junges Mädchen Schwächegefühl in den Beinen. Seit Kurzem in den Zehen und Fingern Kriebeln. Seit 4 Wochen kann Patientin nicht mehr gehen und stehen. Seit 14 Tagen andauernd im Bett.

Status: Pupillen eng, die rechte reagiert träge, die linke besser auf Licht. Gute Reaction auf Convergenz. Papillen schwach rosa gefärbt. S = $^2/_3$.

Eine Submaxillar- und Cervicaldrüse geschwollen. Inguinaldrüsen hart und geschwollen.

Patellarreflexe erloschen. Gang bei doppelseitiger Führung exquisit stampfend. Das Stehen ist kurze Zeit bei gespreizten Beinen möglich; der Blick ist dabei starr auf den Boden gerichtet. Bei Schluss der Augen sofortiges Stürzen. — Kraft stark herabgesetzt. — Geringe Störungen der Sensibilität und des Temperatursinnes.

Gynaek.: Querfingerbreit unter Nabel ovaler Tumor, welcher ins kleine Becken hineingeht. — Uterus nicht vergrössert, hinten fühlbar; davor Tumor. Extrauterinschwangerschaft?

XV.

P . . ., unverheirathete Köchin. 42 Jahre. Aufgenommen 24. 8. 90. Part. 2, Ab. 0.

Seit 6—7 Jahren lancin. Schmerzen, namentlich zur Zeit der Menses. Seit 2 Jahren Paraesth. an den Beinen, seit derselben Zeit sehr reichliche Menses, starkes Pressen beim Urinieren, zeitweise Harnträufeln. Seit Kurzem taumelnder Gang.

Status: L. Pupille weiter als r. Reaction auf Licht erloschen, auf Accommodation erhalten.

Kniephaenomene fehlen. Grobe Kraft gut erhalten. Leise Berührungen an Zehen nicht empfunden. Durchstechen der Haut nicht schmerzhaft. Temperatursinn an den unteren Extremitäten herabgesetzt. Romberg'sches Symptom erst nach längerem Stehen. Retentio urinae.

8. 9. An der Innenseite des Oberschenkels eine Gruppe von kleinen schmerzhaften Bläschen (Herpes); etwas unterhalb derselben 5 in einer Reihe angeordneter Bläschen.

Temporale Hälfte der r. Papille weniger rosa, stärker glänzend als links.

17. 6. 91. Uterus vergrössert, 3 Querfinger oberhalb Symphyse. Im Cervix harte Resistenz (Myom). — Prolaps der hinteren Scheidewand.

9. 7. 91. Patientin geht ins Siechenhaus.

XVI.

R . . ., Malersfrau. 43 Jahre. Aufgenommen 7. 9. 90. P. = 3, Ab. = 0. Zwei Kinder 6 Wochen post part. an „Krämpfen" gestorben, eins todt geboren. Der Mann leidet an Drüsenschwellungen am Halse und nimmt Jodkalium (Aussage der Frau).

Seit 7 Jahren zeitweise Kreuzschmerzen. — Seit einem Jahre lanc. Schmerzen in den Beinen, „als ob mit glühendem Messer die Schienbeine bis zur Sohle durchschnitten würden." Paraesth. an den Füssen. Seit einigen Monaten hört Patientin schlechter.

Status: L. Pupille weiter als r. Reaction auf Licht l. erloschen, r. träge. Keine Reaction auf Accommodation.

Cervical-, Inguinaldrüsen etwas geschwollen. — Radialarterie etwas hart.

Nadelstiche an Unterschenkeln nicht schmerzhaft; daselbst Temperatursinn gestört. — Keine Ataxie, kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Retentio urinae, später zeitweise Urinträufeln. — Andauernd besteht Gürtelgefühl.

12. 11. Patientin geht vornübergebeugt, breitbeinig, taumelt hin und her. Deutliches Schwanken bei geschlossenen Augen.

XVII.

Laura Gr . . . ., Näherin. Unverheirathet. 38 Jahre. Aufgenommen 12. 2. 92. P. = 0, Ab. = 1.

Mutter hat nervöse Kopfschmerzen, eine Schwester ist nervenleidend.

Vorausgegangene Krankheiten: Masern. Vor etwa 12 Jahren Syphilis: Einspritzungen in der Neuen Charité.

Seit 4 Jahren lanc. Schmerzen im Rücken und im r. Bein.

Status: Defluvium capillitii. Keine Lichtreaction der Pupillen; l. Pupille auch für Accomodation starr. Links peripapilläre choroideale Herde, zum Theil confluierend.

Ueber der rechten Lungenspitze Dämpfung, daselbst Rasseln.

Patellarreflexe nur bei abgelenkter Aufmerksamkeit, und dann nur schwach zu erhalten.

Wiederholt Gürtelgefühl, blitzartige Schmerzen.

XVIII.

Z . . ., Wäscherin. Wittwe. 47 Jahre. Aufgen. 17. 10. 91. 4 P., 0 Ab. Zwei Kinder gleich nach der Geburt todt.

Frühere Krankheiten: Scharlach, Masern.

Seit 2 Jahren Rückenschmerzen, unsicherer Gang, Incontinentia vesicae et alvi. Taubes Gefühl an den Fusssohlen. Kurz vor Aufnahme Tentamen suicidii. — Vor 10 Jahren mehrere kleine Geschwüre an den Labia minora und übelriechenden Fluor.

Status: Defluvium capillitii. Schlag auf Schädel schmerzhaft. — Pupillen gleich weit. Reaction r. träge, l. nicht vorhanden. — Papillen nichts Abnormes.

Patellarreflexe erloschen. — Wärmeempfindung und Localisationsvermögen nirgends gestört. Pinselberührungen nicht immer richtig angegeben. Stärkere Nadelstiche an den Extremitäten (mit Ausnahme der Fusssohlen) und Rumpf nicht schmerzhaft. An den Waden fast völlige Analgesie.

10. 11. Pneumonie. 13. 4. 92 ins Siechenhaus.

XIX.

Lina Kr . . ., Arbeiterin. Unverheirathet. 53 Jahre. Aufgenommen 17. 3. 91. Menopause mit 52 Jahren. Part. = 3, Ab. = 0.

Seit vielen Jahren heftige Kopfschmerzen, Schwindel mit Erbrechen, Mattigkeit in den Gliedern, namentlich seit 2 Jahren. — Seit 1 Jahr Gang, namentlich im Dunkeln sehr unsicher, so dass Patientin zuweilen hinfiel. Seit derselben Zeit starke Gedächtnissschwäche: Als sie vor Kurzem nach Hause gehen wollte, konnte sie sich weder ihrer Strasse, noch ihrer Hausnummer erinnern.

Status: Myosis, namentlich rechts. Keine Lichtreaction. Augenhintergrund nichts Besonderes.

Ueber beiden Lungenspitzen reichliche kleinblasige etwas knarrende Rasselgeräusche.

Inguinaldrüsen etwas geschwollen, Arterien sklerotisch.

Sensibilität an den unteren Extremitäten herabgesetzt, besonders an den Fusssohlen. — Romberg'sches Symptom. — Gang ziemlich sicher. Patellarreflexe fehlen.

XX.

Wilhelmine G . . ., Köchin. Unverheirathet. 28 Jahre. Aufgenommen 11. 3. 93. Part., Ab. = 0.

Frühere Krankheiten: Im 22. Jahre in der Neuen Charité Spritzkur gegen Lues durchgemacht.

Seit 4 Jahren lanc. Schmerzen in den Beinen, seit einem Jahre Paraesthesien, unsicherer Gang, namentlich im Dunkeln, starke Abmagerung.

Status: Pupille rechts weiter als links; letztere reagiert träge, die erstere garnicht auf Licht. Auf Accommodation reagieren beide träge.

Im Nacken, zu beiden Seiten des Halses, in der rechten Achselhöhle, in den beiden Inguinalbeugen sind zahlreiche, nicht schmerzempfindliche Lymphdrüsen zu fühlen.

Patellarreflexe fehlen. — Leise Berührungen werden an den unteren Extremitäten theilweise, an den Fussohlen garnicht gefühlt. Nadelstiche werden nur als Berührungen, meist verspätet empfunden, selbst Durchbohrungen der Haut mit der Nadel werden nur als Berührungen angegeben.

Warm und kalt werden zuerst als Berührung und dann nach der Wärmequalität sicher empfunden. Patientin ruft „jetzt“, und dann „au“ bei Berührungen mit warmem Reagenzglas. — Der Gang ist etwas unsicher. — Rombergsches Symptom. — Druckgefühl stark verändert: Patientin unterscheidet an den unteren Extremitäten 100 g nicht von 1 kg.

Während der Behandlung wiederholt incontinentia vesicae.

XXI.

Kl . . ., Arbeiterin. Verheirathet. 42 Jahre. Aufgenomm. 18. 10. 92. 1 Partus vor 22 Jahren, 1 Abort. vor 21 Jahren. (III. Mens.) Der Mann kehrte 1871 (also vor 21 Jahren) mit Geschwulst in der Leistenbeuge aus dem Kriege zurück; während dieser Zeit mied er Cohabitation.

Frühere Krankheiten: Masern, Rubeola, Typhus. — Vor 17 Jahren profuse Blutung aus den Genitalien, angeblich keine Graviditas. Vor 12 Jahren 6 Wochen lang Halsschmerzen, so dass Patientin nicht schlucken konnte. Vor 10 Jahren 4 Wochen lang Schmerzen in beiden Schulter- und Ellenbogengelenken.

Vor 6 Jahren Stoss am rechten Schienbein, danach andauernde Mattigkeit in den Beinen; vor 5 Jahren in der Charité Einreibungen mit Ungt. cin. Bald danach lanc. Schmerzen in den Beinen. Seit 2 Jahren taubes Gefühl in den Fusssohlen. Seit einem halben Jahre kann Patientin ohne Führung nicht mehr gehen. Seit 6 Wochen Incontinentia vesicae, zuweilen Retentio urinae. Patientin drückt dann mit der Hand auf den Blasengrund, um die Blase zu entleeren.

Status: Myosis, reflectorische Starre. — Die temporale Seite der linken Papille ist blasser als die übrigen Theile.

Am Halse zwei weisse Stellen (Leucoderme?) — Nase breit, leicht sattelförmig. — Tibiaränder etwas verdickt.

Patellarreflexe fehlen. Ataxie in den unteren Extremitäten. Gang breitspurig, stampfend. Romberg'sches Symptom. — Berührungen und Nadelstiche an den unteren Extremitäten nur ausnahmsweise wahrgenommen — auch Temperatursinn ist herabgesetzt.

Chlorkalk und Rothwein wird durch den Geruchssinn nicht wahrgenommen. Ol. Terebinthinae wird für Eau de Cologne gehalten.

Im Laufe der Behandlung wiederholt Urinträufeln, lancinierende Schmerzen, Gürtelgefühl.

XXII.

P . . ., Arbeitersfrau. 62 Jahre. Aufgenommen 6. 9. 92. Menopause mit 52 Jahren. Partus 10 (alle Kinder sind klein gestorben, 5 bei der Geburt). Ab. = 0.

Frühere Krankheiten: Masern, Scharlach, Icterus. — Vor 2 Jahren Polyarthritis.

Vor 4 Wochen Schwindel, Erbrechen, Hautjucken, Schmerzen in der Lebergegend: daher Aufnahme.

Status: Pupillen reagieren nur wenig.

Herz: Spitzenstoss im 6. Intercostalr. — Dämpfung links bis zur Mammillarlinie. An der Spitze unreinen ersten Ton, zweite Pulmonalton verstärkt. An der Aorta lautes, den zweiten Ton begleitendes Geräusch. Sonst reine Töne. — In der Gegend der Gallenblase ist Geschwulst zu fühlen.

Patellarreflexe fehlen. Fusssohlenreflex erhöht. — Sensibilität an Händen und Beinen etwas herabgesetzt. An den Armen und Beinen Paraesthesien; Bewegungen daselbst atactisch. Romberg'sches Symptom.

Ammoniak und Chloroform werden als gleichriechend betrachtet.

Im Krankenhause klagt Patientin oft über Gürtelgefühl, Kriebeln in den Händen und Füssen, lancin. Schmerzen in den Unterschenkeln. — Blasen- und Mastdarmfunction ist unregelmässig.

XXIII.

Kr . . ., Schneiderin. Unverheirathet. 43 Jahre. Aufgenommen 8. 16. 92. Operation an Gebärmutter vor 12 Jahren. — Part., Ab. = 0.

Frühere Krankheiten: Typhus, Cholera asiatica, — eine Brustkrankheit (2 Monate).

Vor 8 Jahren nach heftiger Gemüthserregung lanc. Schmerzen in den Unterschenkeln. Gürtelgefühl.

Vor 5 Jahren wieder lanc. Schmerzen, zuweilen Urinträufeln.

Vor 6 Monaten heftige rechtsseitige Gesichtsschmerzen, besonders um das rechte Auge herum. 14 Tage darauf auf dem rechten Auge plötzlich das Augenlicht verloren. Reissen um Brust und Leib, zeitweise incontinentia urinae.

Status: Leucoderm am Halse. Hals und Inguinaldrüsen geschwollen.

Starke Myosis. Keine Reaction auf Licht, wohl aber auf Accommodation. Auf dem rechten Auge totale, auf dem linken partielle Opticusatrophie.

Lunge nichts Besonderes.

Herz. Spitzenstoss im 5. Intercostalraume zwischen Mammillar- und vorderer Axillarlinie. An der Mitralis systol. und leises diast. Geräusch. An der Aorta lautes systol. und diast. Geräusch. — Pulmonalis systol. und diast. Geräusch, ebenso an der Tricuspidalis.

Capillarpulsation an der Stirn, Doppelton an der Cruralarterie. — Gefässe geschlängelt.

Patellarreflexe fehlen. Romberg'sches Symptom. Temperatursinn und Sensibilität gut, ebenso Lagegefühl. Geruch stark abgeschwächt. (Asa foetida wird fast garnicht wahrgenommen.)

XXIV.

Helene Pf . . ., Kaufmannswittwe. 43 Jahre. Aufgenommen 17. 5. 88. Menopause mit 40 Jahren. Part., Ab. = 0.

Frühere Krankheiten: Variola, Typhus abdom.

Vor 18 Jahren ¼ Jahr Doppelsehen. Danach auf dem rechten Auge Sehschwäche. Vor 5 Jahren lanc. Schmerzen. Vor 4 Jahren Schlaganfall; die Sprache war 8 Wochen gestört. Gehen schlechter als zuvor. Gefühl fehlte in beiden Füssen vollständig. Später schwankender Gang, „als ob sie betrunken wäre.“ Durch Electrisieren und römische Bäder Besserung. Jedoch blieb Gefühl von Taubsein, Kriebeln, lanc. Schmerzen zurück.

Status: Keine Lichtreaction. Papille rechts, besonders im temporalen Abschnitt etwas blass, sonst Augenhintergrund nichts Besonderes.

Kniephaenomen fehlt rechts, links schwach. — Geringe Störung des Lagegefühls. Gang ist schleppend. Romberg'sches Symptom sehr ausgesprochen.

XXV.

Bertha H . . ., Barbiersfrau. 32 Jahre. Vor 10 Jahren verheirathet. Aufgenommen 5. 9. 89. 3 Aborte (im III., dann IV., dann VI. Monat). Jedes Mal waren die Früchte todtfaul.

(Krankengeschichte ist unvollständig.) Vor einem Jahre lancinierende Schmerzen in den Beinen. Seit 2 Monaten Gehbeschwerden und Paraesthesien in den Beinen. Infectio negatur. (cfr. Aborte!)

Status: (6 Monate später, auch unvollständig): Patellarreflexe völlig erloschen. Patientin muss beim Gehen von 2 Personen gestützt werden. Lancinierende Schmerzen in Waden und Füssen. — Auf der Dorsalfläche, namentlich der linken Hand, juckende Erhebungen seit einigen Tagen.

XXVI.

Amalie B . . ., Formerswittwe. 56 Jahre. Part. = 1, Ab. = 1.

Frühere Krankheiten: Chlorose. Vor 15 Jahren heftige Kopfschmerzen. ½ Jahr darauf nicht druckempfindliche Beulen an der Stirn, welche weich wurden, und dann „gelbe Flüssigkeit" absonderten. Darauf Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Schulter-, Ellenbogen- und Kniegelenke. Grosse Schwäche in den Beinen, so dass Patientin sich Tücher um die Kniee band, um sich bei der Arbeit aufrecht erhalten zu können. Nach einiger Zeit schwoll auch das linke Fussgelenk an; am Knöchel bildeten sich dabei ähnliche Beulen wie an der Stirn. In den Zehen hatte Patientin das Gefühl, als ob sie ausgetrocknet wären; dieselben blieben steif und gekrümmt.

Seit 10 Jahren Gang mühsam, seit einem Jahre taumelnd, zugleich lancinierende Schmerzen.

Vor ¾ Jahr erkrankte Patientin mit Athemnoth, Herzklopfen, Angstanfällen, Anschwellung der Füsse.

Status: Auf vielen Stellen des Schädels (Stirn, Sagittalnaht, Hinterhauptsschuppe) sind Vertiefungen im Knochen. Die Haut ist über diesen Stellen glatt, glänzend und bildet strahlige Narben; die grösste derselben befindet sich auf der Höhe des Schädels und ist handtellergross. Der Haarwuchs ist sehr spärlich, auf den narbigen Stellen ganz verschwunden. Am linken Oberkiefer ist ebenfalls eine tiefe Narbe.

Die Pupillen reagieren nicht auf Licht und Convergenz. — Auf der Iris Pigmentflecke. Augenhintergrund nichts Besonderes.

An der linken Seite des Septum narium befindet sich blutende Ulceration.

Mund und Kehlkopf nichts Auffallendes.

Athmung 32 in der Minute, Orthopnoe. — Ueber der rechten Lungenspitze Dämpfung, Bronchialathmen, Rasseln.

Herz: Spitzenstoss bis nahe der vorderen Axillarlinie. Zweite Pulmonalton verstärkt. An der Spitze systol. Geräusch. Zweiter Ton rein. — An der Aorta klingender zweiter Ton, geringes diastol. Geräusch. — Leberpulsation.

An den abhängigen Stellen des Abdomen Dämpfung.

Extremit.: Im r. Kniegelenk Hydrops. An der r. Tibia braune Stelle mit narbigen Einziehungen, Unebenheiten des Knochens. — Die l. Tibia hat unebene Kante. Am l. Knöchel grosse Narbe. Der l. Fuss steht in Valgusstellung. — Oedem an den Beinen.

Die Patellarreflexe fehlen. — Beim Husten Urinträufeln. — Leiseste Pinselberührungen gut empfunden. — Schmerzempfindung ist stark herabgesetzt. — Temperatursinn gut.

Während der Behandlung collabiert Patientin wiederholt, daher Aetherinjectionen. — Zuweilen Gürtelgefühl. — Wegen eines Erysipels am l. Oberschenkel wird Patientin am 16. 2. nach einer anderen Abtheilung verlegt. Dort 21. 2. 93 Exitus.

Section von Dr. Israel 22. 2.: Syphilis constitutionalis. — Erysipelas femoris. — Caries sicca calvariae. — Periostitis syphil. tibiae. — Gonitis deformans dextr. — Tabes dorsalis.

Das Kniegelenk zeigt neben tiefen Defecten der Condylen exostotische Wucherungen. — Grosse Defecte des Knorpels. — Wucherungen auf den Menisken und Lig. cruciata. — Das r. Bein ist im Kniegelenk stark flectiert.

XXVII.

Auguste M . . . Verheirathet. Aufgenommen 24. 1. 93. Menopause mit 39 Jahren. Part. 1, Ab. 2. (II. und V.)

Frühere Krankheiten: Fall auf die Nase; an dieser Stelle später Einsenkung (Sattelnase). — Kohlenoxydvergiftung. — Typhus. — Oft Rheumatismus.

Vor 6 Jahren Schreck, dabei Ohnmacht. Bald darauf Taubheit auf dem linken Ohr. — Starke Gehbeschwerden, Paraesthesien. Lancin. Schmerzen. — Gürtelgefühl. — Zuweilen, und dann in der Woche 2- 3 Mal Anfälle von Athemnoth; Dauer ca. 5 Minuten; beim Einathmen langgezogener Ton. — Abmagerung. — Vor einem Monat Bluthusten.

Status: Grosse Macies. — Am Halse, besonders in den Leistenbeugen Drüsenschwellungen (bis Bohnengrösse). — Am Halse Leucoderm. — Defluvium capillitii. — Temporalarterie geschlängelt, hart. — —

Augenbewegung frei. — Reflectorische Pupillenstarre. — Myosis. — Reaction auf Convergenz erhalten.

Der Nasenrücken ist stark eingesunken. — Das linke Trommelfell ist narbig geschrumpft, sclerotisiert.

Athmung: costal. Lungen: An der linken Spitze Dämpfung, kleinblasiges Rasseln. — Herztöne rein.

Sensibilität: Leise Berührungen nur im Gesicht gefühlt. Am Thorax, Abdomen völlige Unempfindlichkeit.

An den Beinen und dem Bauch stärkster Druck mit Tasterzirkel bei weitestem Abstand nur als **eine** Berührung empfunden. (Im Gesicht 4 cm **eine** Berührung.)

Temperaturempfindung herabgesetzt.

An den unteren und oberen Extremitäten besteht Ataxie. Gang stampfend. — Romberg'sches Symptom. — Patellarreflexe erloschen.

Beim Inspirium ist keine Drucksteigerung im Epigastrium zu bemerken. — Durch Percussion tiefer Stand des Zwerchfells nachweisbar. — Bei tiefem Einathmen rückt der untere Rand der Leber um 1—1½ cm in die Höhe.

26. 1. Larynxkrise 5 Minuten.

Laryngoskop: An proc. vocales klaffen die Stimmbänder nur 2½—3 mm. Beim Inspirium werden sie einander genähert, so dass die Rima an keiner Stelle weiter als 1½ mm ist.

29. 1. Faradisation der Phrenici hat auf Stand des Zwerchfells keinen Einfluss.

31. 1. Lanc. Schmerzen in den Beinen.

2. 2. Dasselbe. — Morgens 4 Uhr Anfall von Athemnoth. — 10 Minuten Dauer. — Auf Aufforderung stark abdominaler Athmungstypus, jedoch mit geringer Kraft, so dass die Hervorwölbung des Abdomen mit der Hand leicht unterdrückt werden kann.

3. 2. Larynxkrise. (Nach Cocain: sofort aufgehört.)

5. 2. Larynxkrise.

7. 2. Morgens 3 Uhr Larynxkrise. — Durch Reizung der Phrenici wird ein Tiefertreten des Zwerch-

fells beiderseits percutorisch sichergestellt (rechts tiefer als links). —

8. 2. Im Stuhl Proglottiden. (Taenia mediocannellata.)

Klinische Vorstellung: Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen, wird nach links herausgestreckt. Auf der linken Seite ist sie dünner und schlaffer als rechts.

Halsmuskulatur: stark atrophisch (vom Sternocleidomastoideus ist Clavicularportion garnicht vorhanden; Cucullaris links dünner als rechts).

10. 2. Bei ruhigem Athmen Stand des Zwerchfells rechts VI. Rippe. Durch Druck auf das Epigastrium kann man das Zwerchfell um den Raum einer Rippe und eines Intercostalraumes in die Höhe drängen (ca. $3^3/_4$ cm).

9. 2. Larynxkrise. (Cocain keinen Erfolg.)

XXVIII.

H . . ., Tischlersfrau. 42 Jahre. Aufgen. 9. 12. 86. Heirath im 20. Jahre. 8 Part. (4 Kinder starben bald nach der Geburt.)

Frühere Krankheiten: Vor $4^1/_2$ Jahren während Gravidität heftiges Erbrechen. — Schmerzen in der linken Brusthälfte. — Herzklopfen. — Nach der Entbindung Fortdauer der Schmerzen. Daher seit 4 Jahren Morphium (zuletzt 3mal täglich eine Spritze einer starken Lösung selbst eingespritzt). Während der Schmerzen Uebelkeit, Erbrechen; nachher guten Appetit. — Seit einigen Jahren lancinierende Schmerzen. — Gang seit längerer Zeit unsicher.

Status: Myosis. — Keine Reaction auf Licht.

Spitzenstoss nach aussen von der Mammillarlinie. An der Spitze gespaltener erster Ton und systol. und diastol. Geräusch. An der Aorta dasselbe. Das diast. Geräusch ist hier stärker.

Sensibilität, Motilität nicht gestört. Kniephaenomen rechts schwach, links gut. — Romberg'sches Symptom.

10. 12., 18. 12. Gastrische Krise. Morphiumhunger.

22. 12. Auf Wunsch entlassen.

XXIX.

Anna W . . ., Buchbinderswittwe. 56 Jahre. Aufgenommen 28. 10. 86. Menopause mit 47 Jahren. P. = 0, Ab. = 0. Mutter zeitweise geisteskrank, Schwester leidet an Weinkrämpfen. (Krankengeschichte nicht vollständig.)

Frühere Krankheiten: Masern, Windpocken. Seit 20 Jahren „Krämpfe" mit Blutbrechen und heftigen Schmerzen,

jährlich ca. 3 mal, Dauer 6 Wochen; zuletzt vor 5 Monaten. Seit derselben Zeit Gürtelgefühl. — Seit 15 Jahren Herzklopfen.

Seit langer Zeit auf dem rechten Auge nur Lichtschein, seit ca. 6 Monaten auf dem linken Abnahme der Sehkraft. — Seit 5 Monaten Paraesthesien, Gehbeschwerden. Seit 5 Wochen Incontinentia vesicae, seit 3 Wochen auch alvi.

Status: Pupille rechts weiter als links. — Links prompte, rechts träge Lichtreaction. — Auf dem rechten Auge Hornhautfleck.

Das linke Stimmband bewegt sich weniger ausgiebig als das rechte.

Herzdämpfung bis zur Mammillarlinie. Ueber Manubrium Sterni fünfmarkstückgrosse Dämpfung, welche den rechten Sternalrand ca. 2 Finger breit überschreitet und nach abwärts bis zur zweiten Rippe reicht.

An der Spitze nach I. Ton ein systol. Geräusch; II. Ton rein, ebenso an Tricuspidalis und Pulmonalis.

An der Aorta langgezogenes diastol. Geräusch. Ueber Manubrium Sterni systolisches Geräusch, viel lauter und von anderem Timbre als über dem Herzen, und reiner II. Ton.

Ueber Carotis dasselbe, nur hört man noch leises diastol. Geräusch (Herz).

Puls unregelmässig, frequent. Arterie rigide, geschlängelt.

Patellarreflexe nicht angegeben.

Litteratur.

1) Leyden. Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge. 1863.
2) Berliner Klinische Wochenschrift. 1879.
3) Archiv für Psychiatrie. 1880.
4) Phil. med. Times. May 22. 1880.
5) Montpellier méd. Juin. 1880.
6) Gaz. méd. de Paris. 1880.
7) Berliner Klinische Wochenschrift. 1880.
8) Thèse de Paris. 1881.
9) Thèse de Paris. 1883.
10) Lyon méd. 1883.
11) Archiv f. Psychiatrie. 1884.
12) Inaug.-Dissert. Berlin. 1884.
13) Virchow's Archiv. 1884.
14) Centralblatt f. Nervenheilkunde. 1884.
15) Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie etc. 12. Mai 1884.
16) Progr. méd. XII. 1884.
17) Berliner klinische Wochenschrift. 1884.
18) Annales de dermatologie. 1884.
19) Virchow's Archiv. Bd. 40, pag. 256.
20) Montpellier méd. Nov. 1885.
21) Inaug.-Diss. Berlin. 1886.
22) Inaug.-Diss. Berlin. 1887.
23) Inaug.-Diss. Zürich. 1887.
24) Eichhorst: Handbuch der spec. Path. und Therapie. Bd. III, p. 217. 1887.
25) Neurolog. Centralblatt. 1888.
26) Deutsche Med. Wochenschrift. 1888.
27) Verhandlungen des Vereins für innere Med. 29. Oct. 1888.
28) Arbeiten aus der I. Med. Klinik zu Berlin. 1888 89.
29) Archiv für Augenheilkunde. 1889.
30) Archiv de neurologie. 1889.
31) Inaug.-Diss. Halle. 1890.
32) Charité-Annalen. XV. 1890.
33) Hirt: Path. und Therap. der Nervenkrankheiten. 1890.
34) Neurolog. Centralblatt. 1890.
35) Arbeiten aus der I. Med. Klinik zu Berlin. 1890.
36) Berliner Klin. Wochenschrift. 1891.
37) Berliner Med. Wochenschrift. 1891.

Thesen.

I.

Zwischen den Herzfehlern bei Tabischen und der Grundkrankheit ist oft ein Zusammenhang nachzuweisen.

II.

Die Totalexstirpation des Lupus ist in allen Fällen angezeigt, in denen sich der entstehende Hautdefect decken lässt.

III.

Es ist eine Ausnahme, wenn sich Hyperacidität des Magensaftes während der gastrischen Krisen bei Tabischen findet.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Friedrich Friedrichsen, Sohn des Geh. Commerzienrathes und Russischen Vice-Consuls Friedrich Friedrichsen und dessen Ehefrau Wilhelmine, geb. Frentz, ev. Confession, wurde am 4. November 1866 zu Wismar in Mecklenburg-Schwerin geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium der grossen Stadtschule zu Wismar, welches er mit dem Zeugniss der Reife am 20. September 1886 verliess. Darauf widmete er sich dem Studium der Medicin und studirte von Mich. 1886 bis Mich. 1887 in Jena, von Mich. 1887 bis Ostern 1889 in Kiel, wo er am 2. März 1889 das Tentamen physicum bestand. Im Sommersemester 1889 wurde Verfasser an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatriculiert, und studierte daselbst bis zum Schluss seiner Studien. Am 14. Mai 1892 bestand er das Tentamen medicum, am 18. Mai 1892 das Examen rigorosum, am 4. Februar 1893 die medicinische Staatsprüfung.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Jena: Bardeleben, Haeckel, Hertwig, Stahl, Winkelmann.

In Kiel: Emmerling, Flemming, Hensen, Karsten, Ladenburg, Graf v. Spee.

In Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, Dührssen, v. Esmarch, Gerhard, Gusserow, Hertwig, Hirsch, Landau, Lewin, Liebreich, v. Noorden, Olshausen, Rabl-Rückhard, Schweigger, Schweninger, Senator, Virchow.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen ehrerbietigsten Dank aus.